



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO STAGE REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica.

Stage Report to the Portuguese Catholic University for the degree of Master in
Infant and Pediatric Health Nursing.

Por: Ana Luísa Vilaça Mesquita

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Abril de 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU



*“Todas as grandes personagens começaram por ser crianças,
mas poucas se recordam disso.”*

Antoine De Saint-Exupéry



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Miguel, Tiago e João que apesar de serem tão novos compreenderam os momentos de ausência, os passeios por realizar e as histórias para dormir que ficaram por contar.

Ao meu marido Paulo por aceitar todos os momentos de indisponibilidade, o meu cansaço e mau humor provocados por um percurso árduo.

A toda a família e amigos pelo apoio, compreensão, carinho e amor que demonstraram neste longo percurso bem como a força que me transmitiram para que nunca desistisse.

À minha orientadora a Professora Doutora Isabel Quelhas e todas as tutoras dos diferentes locais de estágio, por toda a disponibilidade e ajuda preciosa num plano de estudos intensivo e exigente.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

Resumo

Este documento foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa do Porto e consiste numa descrição critico-reflexiva de toda a aprendizagem nos diversos contextos da prática em que se desenvolveu a componente de estágio do Curso. O Estágio esteve dividido em 3 Módulos: o Módulo I em Cuidados de Saúde Primários; o Módulo II em Serviços de Medicina e Cirurgia Pediátricos e o Módulo III em Serviços de Urgência Pediátrica e Neonatologia. A elaboração deste relatório obedece a uma organização por domínios de atuação – prestação de cuidados, gestão de cuidados, investigação e formação, tendo sido definido para cada um dos referidos domínios, objetivos e atividades com vista ao desenvolvimento de competências. Este relatório evidencia a aquisição das competências de enfermagem especializadas na área de saúde infantil e pediátrica, bem como o desenvolvimento de habilidades no âmbito do cuidar da criança/família nos diversos contextos assistenciais, permitindo a aquisição de competências para cuidar da criança/família numa perspetiva de enfermagem avançada. Foi elaborado segundo uma metodologia descritiva e reflexiva, e retrata o meu desempenho, as dificuldades sentidas, as experiências, as aprendizagens/competências adquiridas através da assistência à criança/família nos diferentes contextos do Estágio.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Criança, Família, Competências

Abstract

This document was prepared under the Masters in Nursing with Specialization in Pediatric and Child Health Nursing of the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University in Porto, and is a reflection of all learning in the different contexts of practice which developed the internship inherent of the course. The course aims to obtain certain skills that are grouped by the various fields of nursing practice: care, care management, training and research. So this report was prepared in accordance with these skills, and set for each performance domain certain goals and developed certain activities in order to make them comply. The internship was divided into three Modules: Module I in Primary Health Care; Module II in Paediatric Medicine and Surgery Services and Module III in Emergency Services Pediatric and Neonatology. This report was prepared according to a descriptive and reflective approach, and portrays my performance, the difficulties, the experiences, the learning/skills acquired through direct contact with the child/family in different internship contexts. This report highlights the acquisition of specialized nursing skills in child and pediatric health, and the development of skills in the care of the child/family in different care settings, allowing the acquisition of skills to care for the child/parents in situations particularly demanding and complex. With this document aims to further the degree of Master in Nursing of Children and Pediatric Health.

KEYWORDS : Nursing , Child , Family , Skills



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AES – Ação de Educação para a Saúde

CAJ – Centro de Atendimento a Jovens

CHSJ – Centro Hospitalar São João

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP - Continuous positive airway pressure

CSI – Consulta de Saúde Infantil

DGS – Direção Geral da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EESIP - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

HPH – Hospital Pedro Hispano

MEESIP - Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde infantil e
Pediátrica

NSRAS - Escala Neonatal Skin Risk Assessment

OBS - Sala de Observações

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SOG – Sonda Orogástrica

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UPIP - Urgência Pediátrica Integrada do Porto

UPP - Urgência Pediátrica do Porto

USF – Unidade de Saúde Familiar

VSR - Vírus sincicial respiratório

Índice

1.	Introdução.....	15
2.	Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica	19
2.1.	Contextualização dos locais de estágio.....	19
2.1.1.	Módulo I – Cuidados de Saúde Primários.....	19
2.1.2.	Módulo II – Serviço de Internamento de Pediatria.....	21
2.1.3.	Módulo III – Serviço de Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica	22
2.2.	Competências, objetivos e atividades desenvolvidas.....	24
2.2.1.	Domínio da Prestação de Cuidados.....	24
2.2.2.	Domínio da Gestão de Cuidados	54
2.2.3.	Domínio da Investigação.....	58
2.2.4.	Domínio da Formação.....	61
3.	Conclusão.....	65
4.	Bibliografia.....	69
5.	Anexos.....	73

Anexo 1 - Sistema de Triagem Pediátrica Canadiana (The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale)	75
Anexo 2 - Ação de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”	83
Anexo 3- Escala de avaliação da dor EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né)	99
Anexo 4 - Ação de Educação para a Saúde – “Saúde Oral”	103
Anexo 5- Escala Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS)	117
Anexo 6 – Formação em serviço – “A disciplina na primeira infância”	121

1. Introdução

A formação especializada de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pressupõe a prestação de cuidados especializados à criança/família. Segundo a Ordem dos Enfermeiros *“o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Este Relatório constitui-se como documento formal fazendo parte da avaliação da respetiva Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e baseia-se numa descrição das competências adquiridas, dos objetivos definidos para o estágio e das atividades realizadas de modo a fazê-los cumprir, bem como uma reflexão crítica de todo o desenvolvimento do estágio.

Assim a realização deste documento pretende demonstrar a consolidação de conhecimentos, a interligação entre a teoria e a prática e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados na área de saúde infantil e pediátrica através dos seguintes objetivos:

- Descrever as competências inerentes à Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Definir objetivos que contribuam para a aquisição de cada uma das competências;
- Descrever as atividades realizadas para alcançar os objetivos definidos;
- Refletir sobre o processo de ensino/aprendizagem e sobre o papel do enfermeiro ESIP.

Os objetivos gerais do estágio são os que constam no guia de Competências e Responsabilidades dos Mestrados de Enfermagem de Natureza Profissional fornecido pela escola, e que serviram de base para a definição de objetivos específicos a realizar em todos os módulos de estágio. Os objetivos gerais que foram definidos são os seguintes:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;
- Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Ser capaz de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Adquirir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Este trabalho está organizado para além da presente introdução, por um capítulo em que faço referência à contextualização e escolha dos locais de estágio, e por um segundo capítulo em que são apresentadas as competências que foram desenvolvidas ao longo do estágio, divididas de acordo com os quatro domínios de atuação de enfermagem (prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação), os objetivos definidos para cada grupo de competências e uma descrição acompanhada de uma reflexão das atividades realizadas para cumprir esses mesmos objetivos. Este Relatório está dividido em diferentes domínios de aquisição de competências, no entanto todos eles são indissociáveis, e todos se interligam e desenvolvem, promovendo o desenvolvimento da profissão e a excelência do desempenho profissional. Como metodologia adotada utilizei o método descritivo-reflexivo com suporte na pesquisa bibliográfica.



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

2. Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica

Neste capítulo será feita, numa primeira parte, uma breve caracterização dos contextos assistenciais onde decorreram os 3 Módulos de estágio e, numa segunda parte, farei uma descrição critico-reflexiva das competências, dos objetivos e das atividades realizadas em todo o estágio.

2.1. Contextualização dos locais de estágio

2.1.1. Módulo I – Cuidados de Saúde Primários

O Estágio do Módulo I decorreu no Centro de Saúde de Matosinhos, especificamente na USF Horizonte e na UCC de Matosinhos. O Centro de Saúde de Matosinhos pertence ao ACES de Matosinhos da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). A carga horária do estágio preencheu um total de 250 horas, sendo 180h de contacto direto e mais de 70h de trabalho individual. O estágio decorreu de 9 de novembro de 2015 a 21 de janeiro de 2016.

A USF Horizonte tem como missão a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, onde se inclui a saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, os cuidados em situação de doença aguda, o acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla e os cuidados no domicílio (ULSM, 2010). A USF presta cuidados à criança/família

individualmente através da intervenção do Enfermeiro de Família. O Centro de Saúde de Matosinhos é constituído pelas seguintes Unidades Funcionais: USF Horizonte, USF Oceanos, UCSP de Matosinhos, UCC de Matosinhos e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e rege-se pelas normas e protocolos de atuação da ULSM. Tem como missão satisfazer as necessidades em saúde à população do Concelho de Matosinhos, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde os cuidados de saúde primários aos cuidados de saúde diferenciados, integração esta que constitui um modelo de referência a nível nacional. A escolha por este Centro de Saúde como local de estágio teve a ver com esta filosofia de verdadeira interligação de serviços e continuidade de cuidados na comunidade.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, assegurando respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

A UCC de Matosinhos desenvolve uma série de atividades que vão de encontro à população local. Na área da saúde infantil desenvolve programas de intervenção nas seguintes áreas (ULSM, 2010):

- Programa de Saúde Escolar (necessidades saúde especiais, pediculose, Prevenção de acidentes: Prevenir e Intervir, Projeto Sorrisos, Aprende a Comer com a Fada Dentinho, Programa de Alimentação Saudável em

Saúde Escolar (PASSE), Educação Afetivo – Sexual, Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), Cuidados com o Sol, Prevenção da violência Escolar / Bullying)

- Programa de Saúde da Mulher, Criança e Jovem (Bem-Me-Quer, Centro de Atendimento a Jovens (CAJ) de Matosinhos, Intervenção precoce, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco).

2.1.2. Módulo II – Serviço de Internamento de Pediatria

O módulo II decorreu no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), no período compreendido entre 28 de abril e 20 de junho de 2015, perfazendo neste período um total de 250 horas (180 horas de contato e 70 horas de trabalho individual).

O Departamento de Pediatria da ULSM é constituído por um serviço de pediatria (local onde desenvolvi o estágio), um serviço de neonatologia e três unidades funcionais em consulta externa: patologias do crescimento e doenças endócrinas, perturbações do desenvolvimento, neuropediatria, doenças alérgicas e respiratórias da criança e do jovem.

O serviço de pediatria do HPH tem a lotação de 30 camas, as quais são ocupadas por pediatria médica e por cirurgias de ambulatório programadas, nomeadamente de otorrinolaringologia, ortopedia e urologia. Sempre que possível as crianças são agrupadas por idades e patologias no sentido de tentar diminuir ao máximo o impacto da hospitalização. Existem 3 quartos individuais que são considerados quartos de isolamento e ainda um berçário com 5 camas para internamento de crianças até um mês de idade. Existe ainda uma sala de atividades coordenada e

orientada por uma educadora de infância, que se encontra no serviço de segunda a sexta-feira durante todo o dia e que desenvolve diversas atividades no sentido de minimizar o impacto da hospitalização. A admissão das crianças no serviço também difere muito, podem ser internamentos programados, no caso das cirurgias, ou internamentos de urgência referenciados, através do APR (Atendimento Pediátrico Referenciado) que funciona na ULSM ou enviadas do Serviço de Urgência do Hospital de S. João.

2.1.3. Módulo III – Serviço de Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica

O Estágio do Módulo III decorreu em dois contextos de assistência à criança e família, desenvolvendo-se em dois lugares distintos, no Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), e no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de São João. A carga horária do estágio preencheu um total de 250 horas, sendo 180h de contacto direto (90 horas em cada contexto) e mais de 70h de trabalho individual. O estágio decorreu de 14 de setembro a 9 de outubro de 2015 no Serviço de Neonatologia e de 12 de outubro a 6 de novembro de 2015 no Serviço de Urgência.

O Serviço de Neonatologia da ULSM pertence ao Departamento da Mulher e da Criança da ULSM que engloba para além deste, o Serviço de Pediatria, o Bloco de Partos, o Serviço de Obstetrícia, o Serviço de Ginecologia e o Serviço das Grávidas de Risco. Recebe crianças pré-termo e de termo com patologia neonatal, sendo os motivos de admissão mais frequentes a prematuridade, a doença de membrana hialina, taquipneia transitória do recém-nascido, restrição de

crescimento intra-uterino, distúrbios metabólicos, convulsões, sepsis, hiperbilirrubinemia, entre outros. A admissão no serviço ocorre através de transferências internas do Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Serviço de Pediatria, ou de outras unidades hospitalares, geralmente via INEM, e do Atendimento Pediátrico Referenciado (APR). Ao nível de estrutura o serviço consiste num espaço amplo e tem capacidade para internamento de 10 crianças, divididas em cuidados intensivos e cuidados intermédios e o método de trabalho utilizado no serviço é o método individual, em que se prestam cuidados globais, e enfermeira de referência. O horário praticado é o horário de roulement, o que determinou a organização de pequenas equipas constituídas de acordo com as competências pessoais e profissionais e a experiência profissional de cada elemento, com o objetivo de proporcionar às crianças/famílias, segurança e diferenciação dos cuidados.

O Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de S. João é o único na Área Metropolitana do Porto que abrange toda a região Norte. Presta assistência direta à população do concelho do Porto, Matosinhos e Maia e atua como centro de referência para o distrito do Porto. A Urgência de Pediatria do Hospital de S. João, denominada por Urgência Pediátrica do Porto (UPP), está integrada na rede UPIP (Urgência Pediátrica Integrada do Porto), que foi projetada com o objetivo de dar uma resposta eficaz na assistência a todas as crianças e adolescentes com menos de 18 anos de idade com doença aguda articulando os vários níveis de cuidados existentes de modo a oferecer a melhor assistência no local mais apropriado. A UPIP integra Centros de Saúde, Hospitais com atendimento Pediátrico referenciado e a Urgência Pediátrica do Porto (Centro Hospitalar São João, 2015c). Ao nível de estrutura o serviço está dividido em diferentes áreas de cuidados, tais como: 2 salas de triagem, 1 sala de emergência com capacidade de atendimento de

duas crianças simultaneamente, 1 sala de pequena cirurgia, 1 sala de trabalho de enfermagem, 1 sala de tratamentos de enfermagem, diversos gabinetes médicos, a OBS que consiste numa unidade de vigilância e monitorização com capacidade de internamento de 10 crianças.

2.2. Competências, objetivos e atividades desenvolvidas

Este capítulo está estruturado em quatro grandes grupos, a que correspondem os grandes domínios de atuação dos enfermeiros ESIP. Dentro de cada um deles, apresento as competências propostas pelo plano de estudos do Curso, os objetivos específicos que defini para dar resposta a essas mesmas competências e as atividades que desenvolvi acompanhadas de uma reflexão sobre as mesmas.

2.2.1. Domínio da Prestação de Cuidados

A principal atividade dos enfermeiros remete-se para a prestação de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros *“a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A OE refere ainda que *“Enfermeiro especialista é o enfermeiro (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*. (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Com

base nestes pressupostos definidos nos estatutos da OE, foram definidas as competências que deverão ser adquiridas no âmbito do curso de MEESIP.

Ao nível de prestação de cuidados especializados, o enfermeiro especialista assume-se como o profissional mais competente para, na área de saúde infantil e pediatria, prestar cuidados de excelência à criança/família, com o intuito de promover os melhores níveis possíveis de saúde e desenvolvimento dos seus clientes. Neste sentido para atingir o objetivo de um cuidar de excelência são necessários conhecimentos específicos e a aquisição de competências neste âmbito. Ao longo deste estágio, a área da prestação de cuidados foi uma das que mais contribuiu para a aquisição de competências relativas à especialização em ESIP.

Competências adquiridas

- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinares e interdisciplinar;
- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimento na área da EESIP;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

Objetivos específicos

- ✓ Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito da assistência especializada à criança/família nos vários contextos assistenciais;
- ✓ Aprofundar e aplicar conhecimentos relativos ao processo de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil;
- ✓ Conhecer a dinâmica assistencial e a metodologia de trabalho dos vários contextos de saúde infantil;
- ✓ Conhecer e colaborar na aplicação do sistema de triagem pediátrica em contexto de serviço de urgência;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/família, nos diferentes contextos, segundo a metodologia do Processo de Enfermagem;
- ✓ Utilizar a linguagem CIPE para documentar toda a assistência de Enfermagem realizada à criança/família.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Cooperei na realização de triagem no serviço de urgência;
- ✓ Conheci a articulação dos serviços com outros serviços e instituições;
- ✓ Integrei-me nas diversas equipas multidisciplinares;
- ✓ Identifiquei os diferentes métodos de trabalho utilizados;
- ✓ Estabeleci prioridades de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem identificadas;
- ✓ Prestei cuidados à criança, jovem e família em situação de doença aguda e crónica nos vários contextos assistenciais;
- ✓ Efetuei vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em contexto de cuidados de saúde primários;
- ✓ Realizei consultas de saúde infantil em contexto de USF;

- ✓ Efetuei registos e planeamento de cuidados segundo a linguagem CIPE.

Reflexão

Todos os módulos de estágio começaram por uma fase de adaptação ao local, às pessoas e ao método de trabalho. Em todos os locais fiz uma visita guiada às instalações, consultei normas e protocolos, familiarizei-me com a metodologia de trabalho e com os equipamentos, bem como observei a prestação de cuidados.

Na USF o método em prática é o de enfermeiro de família que tem a seu encargo a responsabilidade pela prestação dos cuidados a várias famílias (distribuídas por enfermeiro/médico de família) de forma a manter a continuidade dos cuidados. Este método é uma mais-valia no sentido em que o enfermeiro tem um conhecimento holístico do indivíduo, da sua família, bem como toda a sua situação envolvente, sendo capaz de uma prestação de cuidados personalizada e efetiva (não é um trabalho por tarefa). No contexto da prestação de cuidados na comunidade este é um excelente método de trabalho, na medida em que permite ao enfermeiro conhecer toda a dinâmica familiar, o que lhe proporciona a oportunidade de intervir consoante as necessidades detetadas e fazer um seguimento das suas intervenções, assim como verificar o seu impacto no contexto familiar. Na UCC o trabalho incide essencialmente em projetos de intervenção, de educação e promoção da saúde nas mais diversas áreas pelo que os enfermeiros estão divididos em equipas que põem em prática os vários projetos. Neste módulo de estágio deparei-me com uma organização muito distinta da minha realidade, pelo que o conhecimento da estrutura da UCC e da USF foi enriquecedor.

No caso do Serviço de Pediatria o facto de trabalhar na ULSM teve grande vantagem na adaptação pois já estava dentro da dinâmica e filosofia de cuidados

da instituição. O Serviço de Pediatria da ULSM engloba principalmente a área médica mas também a área cirúrgica, nomeadamente de otorrinolaringologia, urologia e ortopedia, abrangendo por isso uma grande diversidade de focos de atenção. Este fator foi por si só um desafio, pois tive que aprofundar muito mais conhecimentos relativos aos cuidados prestados nessas situações. Para além do aprofundar de novos conhecimentos, a própria integração no serviço tornou-se fundamental para o desenrolar de todo o estágio, foi-me explicado todo o funcionamento do serviço, consultei todas as normas e procedimentos e integrei-me na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. Tive ainda oportunidade de estar dois dias a acompanhar uma Enfermeira Especialista na consulta externa de Pediatria nas suas várias valências. Aqui o papel dos EESIP é fundamental pois desenvolvem inúmeras atividades de vigilância, educação e promoção da saúde em casos de doença crónica como a asma e a diabetes, sendo muito importantes para as crianças/famílias que são acompanhadas em consulta. São consultas de especialidade em que o acompanhamento de todo o processo de transição e de vivência da doença crónica é feito ao pormenor, sendo um papel muito autónomo da parte da Equipa de Enfermagem.

No caso do Serviço de Neonatologia, tal como no caso do internamento pediátrico, o facto de trabalhar na ULSM contribuiu positivamente para uma melhor adaptação e para além disso já conhecia o serviço ao nível de organização e estrutura física. Esta unidade proporcionou-me a oportunidade de adquirir conhecimentos relativos a cuidados tão especializados e complexos, considerando este serviço extremamente organizado e empenhado em prestar cuidados de enfermagem de excelência ao RN/ família. Em neonatologia o método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual em que cada enfermeira presta cuidados globais, podendo sempre contar com a colaboração de

uma colega mais disponível e, no caso dos elementos mais novos no serviço, podem contar com a colaboração das colegas mais experientes. Este método de trabalho não me suscitou muitas dificuldades, pois é o método de trabalho que diariamente utilizo no meu contexto profissional, e com o qual considero que se consegue ter uma visão mais completa do utente que estamos a cuidar podendo prestar-lhe todo o tipo de cuidados.

O contexto de urgência é a meu ver de todos o que tem mais especificidades devido às várias áreas de cuidados diferenciados que engloba, tais como a triagem, os gabinetes de prestação de cuidados de enfermagem, o internamento de OBS e a sala de emergência. Este fator diferenciador foi bastante estimulante pois permitiu-me conhecer uma realidade que era totalmente desconhecida para mim. Neste serviço o método de trabalho individual por áreas de intervenção, ou seja, a equipa divide-se pelas várias áreas existentes no serviço (OBS, triagem, sala de cirurgia, sala de tratamentos de enfermagem) havendo um a dois enfermeiros responsáveis para cada uma e cada elemento da equipa executa e presta cuidados à medida que vão sendo necessários dentro das diferentes áreas. Por exemplo, na sala de trabalho o médico prescreve a administração de um analgésico para uma criança, e um enfermeiro executa essa intervenção, de seguida se prescrever uma colheita de análises, pode outro enfermeiro da equipa, executar essa colheita ao mesmo utente. Neste caso o trabalho em equipa, a comunicação entre todos os elementos e o registo adequado de tudo o que é executado é essencial para não haver erros e não haver duplicação de intervenções. Para mim este método de trabalho suscitou-me inicialmente algumas dúvidas pois não conseguia ter uma visão geral de todos os cuidados que eram prestados a cada utente, não conseguindo acompanhar toda a evolução da criança durante a sua permanência naquele serviço.

No desenrolar do estágio tive de aprofundar os conhecimentos sobre as necessidades de cuidados de cada contexto assistencial. Procurei executar todas as atividades mobilizando os saberes que adquiri ao longo da minha experiência profissional, adaptando-os à realidade pediátrica, mas também através dos conhecimentos adquiridos na formação pós-graduada, procurando ainda saber mais sobre cada uma das áreas específicas da prestação de cuidados do EESIP. Procurei desde o início vivenciar várias experiências em cada contexto, com uma postura observadora de modo a absorver o máximo de conhecimento e aprendizagem, tendo sempre a iniciativa de demonstrar disponibilidade de cooperar com as enfermeiras tutoras e restantes elementos da equipa, na prestação de cuidados. Com a ajuda das enfermeiras tutoras tracei os principais objetivos e atividades a desenvolver ao longo dos estágios, pelo que a sua orientação foi positiva contribuindo para o bom desenvolvimento deste meu percurso. Integrei-me na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar nos diferentes contextos contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional, levando a uma prestação de cuidados mais autónoma e independente.

No caso das Consultas de Saúde Infantil na USF pude desenvolver as atividades de forma mais autónoma e independente do que no estágio do SU. No caso da UCC esta independência e autonomia na prestação de cuidados não foi feita de forma plena, pois apenas tive oportunidade de participar e colaborar nos programas de saúde infantil em vigor em conjunto com as enfermeiras responsáveis por eles.

No caso do Serviço de Neonatologia foi-me permitido prestar cuidados aos recém-nascidos autonomamente, identifiquei focos de atenção, planeei cuidados, executei-os e avaliei os resultados. Tive, por exemplo, oportunidade de prestar cuidados globais de forma independente e com a supervisão da enfermeira tutora

a um RN de alto risco com idade gestacional de 26 semanas, tais como a realização de vários procedimentos técnicos: aspiração de secreções, punções para avaliação de glicemia capilar, realização de diagnóstico precoce, colocação de sonda orogástrica (SOG), avaliação de sinais vitais, colheita de sangue, administração de medicação endovenosa por cateter central epicutâneo e por catéter venoso periférico, manutenção e otimização de cateter central epicutâneo, e cuidados inerentes a ventilação não invasiva (CPAP). Prestei ainda cuidados globais a RN em cuidados intermédios, administrei alimentação por biberão ou SOG quando a mãe/pai não o podiam realizar ou estavam ausentes.

Em contexto de urgência esta independência e autonomia na prestação de cuidados não foram muito evidentes, exceto na situação do internamento de OBS. Isto deve-se ao facto das várias vertentes do serviço de urgência necessitarem de uma vasta experiência e formação específica para poder de forma autónoma efetuar a adequada prestação de cuidados. Para além disso o serviço de urgência pelas suas características de rotatividade constante e grande número de utentes fez com que a prestação de cuidados, para quem não tem qualquer tipo de experiência neste campo, se tornasse para mim um pouco confusa.

Neste contexto tive oportunidade de estar nas diferentes áreas do SU, vivenciando várias experiências, desde a triagem onde tive oportunidade de efetuar triagem a 60 crianças de diferentes idades e com diferentes queixas, de acordo com o sistema de triagem utilizado no serviço (Anexo 1), passando pela OBS (onde prestei cuidados a crianças do foro cirúrgico – maioritariamente submetidas a apendicectomias e cirurgias ortopédicas – e do foro médico – na sua maioria com diagnóstico de gastroenterite, infeção das vias respiratórias superiores) e pelo apoio aos gabinetes, onde tive oportunidade de efetuar punção venosa para colheitas, colocação de catéteres venosos periféricos e administração de

terapêutica endovenosa, administração de terapêutica oral nomeadamente analgésicos e antipiréticos, administração de inaloterapia e colaboração no tratamento de feridas. Tive ainda oportunidade num dos turnos de observar a prestação de cuidados a uma criança em situação emergente na Sala de Emergência. Um bebé com 34 dias de vida que deu entrada no SU vindo do domicílio por prostração e hipotonia mas que na sala de triagem entrou em situação de dificuldade respiratória grave com apneia pelo que foi levado de imediato para a sala de emergência. Nesta situação demonstrei logo disponibilidade para participar de forma efetiva nos cuidados, sem obviamente interferir no trabalho efetuado por todos os elementos da equipa. Coloquei oxigenioterapia, colaborei com as enfermeiras na colocação de cateter venoso periférico e nas colheitas de sangue e estive sempre junto do bebé, tentando mantê-lo com o conforto possível para aquela situação. Esta experiência permitiu-me conhecer toda a dinâmica da Sala de Emergência e a ótima articulação de todos os elementos para dar resposta à situação e também o procedimento de encaminhamento da situação que neste caso foi a transferência da criança para a Unidade de Cuidados Intensivos. Este tipo de situações requerem uma adequada gestão do stress da parte dos profissionais de modo a prestar os cuidados imediatos o mais eficaz possível e da minha parte julgo que consegui gerir bem a situação mantendo sempre uma postura calma. Neste fator penso que a minha experiência profissional prévia com diversas situações de emergência, embora não sendo na área pediátrica, contribuiu muito positivamente para o saber fazer e o saber estar neste tipo de situações. Nesta situação não foi possível integrar a família nos cuidados, pois apenas estava presente uma cuidadora que trouxe a criança ao SU e à qual não lhe foi permitido entrar na sala de emergência, pelo que nesta situação não tive oportunidade de prestar qualquer tipo de assistência à família.

O Processo de Enfermagem é o modelo que serve de base para a intervenção de enfermagem pressupondo *“uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer”*. Este processo possibilita-nos *“identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspetos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem”* (Garcia & Nóbrega, 2009). Com base neste pressuposto, em todos os locais de estágio utilizei o processo de enfermagem para estabelecer prioridades para os cuidados e identificar focos de atenção e diagnósticos de enfermagem.

Na USF utilizei esta metodologia científica no planeamento das intervenções e registei-as de acordo com o programa em uso no local, o sistema informático SClínico – Centro de Saúde, que utiliza a linguagem CIPE para registar todo o planeamento de enfermagem de acordo com os focos de atenção identificados.

Os enfermeiros que trabalham com a população pediátrica em contexto comunitário têm um contributo imprescindível na promoção do crescimento e desenvolvimento saudável de todas as crianças. Para tal, é importante que consigam dar uma resposta eficaz na vigilância da sua saúde, assente num método de trabalho eficaz. O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) emitido pela DGS define que as consultas de saúde infantil tenham, entre outras, as seguintes linhas mestras (Direção Geral da Saúde, 2013):

- Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente;

- Harmonização das consultas com o esquema cronológico definido no Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;
- Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- Incentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral;
- Detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção.

Este Módulo de estágio contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, aquando da consulta de enfermagem. As consultas de saúde infantil (CSI) incidem na promoção do desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social, tendo sempre por base o apoio à função parental o que pressupõe ensinar e instruir, numa atitude preventiva e antecipatória. No gabinete de enfermagem existem diversos recursos materiais (roca, boneco, cubos coloridos, lápis de cor, entre outros) para dar seguimento à avaliação do desenvolvimento, que é efetuada segundo a escala de avaliação de desenvolvimento Mary Sheridan, tal como está definido no PNSIJ emitido pela DGS. Para a avaliação do crescimento também existem os equipamentos necessários para a avaliação dos vários parâmetros (peso, estatura e perímetro cefálico). Realizei cerca de 20 CSI, a crianças entre a primeira semana de vida e os 12 anos de idade, o que me permitiu desenvolver competências de diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados, em crianças de diferentes faixas etárias. Na ULSM existe um guia de orientação a seguir nas CSI, que está parametrizado no sistema informático SClínico, que procurei pôr em

prática e que me ajudou bastante a planear as consultas que ia realizar, adaptando os momentos de educação para a saúde à criança/família em causa. O maior desafio na CSI foi gerir o tempo, na medida em que nem sempre é possível na prática explorar todas as áreas consideradas pertinentes. Para além da avaliação dos dados antropométricos e o exame físico, procurei dirigir as consultas de acordo com o relato dos pais e o esclarecimento de todas as suas dúvidas nas mais diversas áreas, como a amamentação, a diversificação alimentar, o comportamento ou a segurança. Tentei ter sempre uma postura de intervenção pois a consulta constitui um momento privilegiado para promover e reforçar as competências parentais com vista a aumentar a capacidade dos mesmos para desempenharem um papel ativo e compreensivo no desenvolvimento da criança. Tive oportunidade de realizar consultas com uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e considero que, no caso da CSI ou na vacinação, o papel do EESIP diferencia-se pois a sua experiência e competências adquiridas permitem detetar precocemente situações de alarme e focar os aspetos de maior especificidade e complexidade dentro da área de saúde infantil a abordar com a criança/família, questões para as quais os restantes enfermeiros não estão tão familiarizados

Relativamente à vacinação, administrei vacinas a 15 crianças entre o 1º mês de idade e os 10 anos, das que estão incluídas no PNV e também das extra-plano. Realizei aos pais os ensinamentos inerentes ao processo vacinal e fiz sempre um agendamento da próxima vacinação ou consulta de vigilância, de modo a incentivar o cumprimento do PNV, realizando ensinamentos antecipatórios sobre a importância das próximas vacinas a serem administradas. O contacto que se tem com a criança/família em contexto de consulta é sempre aproveitado para fazer uma avaliação/seguimento das intervenções de enfermagem realizadas nos contactos anteriores. Por exemplo, se numa CSI se realizou diversas intervenções

(ensino, treino, instrução) sobre a amamentação, nas consultas seguintes questiona-se a mãe sobre esta temática, verificando os resultados das intervenções efetuadas.

No Serviço de Pediatria e de Neonatologia, fiz admissões completas, com colheita de dados para avaliação inicial, identificação de focos de atenção e elaboração de planos de cuidados, fiz ainda notas de alta de enfermagem. Todos os registos foram elaborados no sistema informático SClínico – Hospitalar, através da linguagem classificada da CIPE. Não senti dificuldades a este nível pois é um método de trabalho e um sistema informático com o qual estou habituada a trabalhar há vários anos na ULSM.

Durante o estágio em pediatria a faixa etária mais frequente das crianças internadas foi dos 0 aos 5 anos. Tive oportunidade de prestar cuidados a jovens e/ou adolescentes no caso de cirurgias programadas de ortopedia em que fiz todo o processo de admissão e preparação pré-operatória a um jovem de 17 anos e fiz o acompanhamento pós-operatório de uma jovem de 13 anos. Assisti cerca de 40 crianças no caso da pediatria médica sendo estas essencialmente crianças/famílias com menos de 1 ano de idade, em que os focos de atenção mais frequentes foram a dor, o conforto, a ingestão nutricional, eliminação intestinal. Na área cirúrgica assisti crianças submetidas a amigdalectomia, adenoidectomia e miringotomia em que se tratavam de “cirurgias de ambulatório” com apenas 24h de internamento e em que prestei todos os cuidados de enfermagem inerentes ao pós-operatório.

No serviço de urgência em relação ao planeamento e registo de intervenções a situação foi bem diferente. Na área da triagem utilizei o sistema informático JOne. Este é um software que permite o registo e consulta da informação clínica de todos os utentes que acedem ao serviço de urgência. É uma ferramenta inteiramente

construída pelos profissionais do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), que engloba o sistema de triagem e que está integrada com todas as plataformas de meios complementares de diagnóstico do Hospital, permitindo ainda o acesso ao processo de todos os utentes que dão entrada na urgência e acompanha todo o seu percurso desde a admissão até à alta (Centro Hospitalar São João, 2015b).

Considerei esta aplicação informática muito intuitiva e de fácil manuseamento, pelo que rapidamente com a ajuda da enfermeira tutora colaborei na realização de triagens, sendo capaz de estabelecer prioridades de acordo com o seu estado de gravidade. Considero que no processo de tomada de decisões executei com eficiência o estabelecimento de prioridades e avaliação das intervenções, mesmo quando a escala de triagem não ia ao encontro das necessidades e prioridades da criança, ou seja, adaptei sempre a escala à criança e não o contrário. O sistema de triagem utilizado neste serviço de urgência baseia-se na escala de triagem canadiana -The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (Anexo 1). Esta área é onde o enfermeiro exerce a sua autonomia pois a triagem é realizada unicamente por enfermeiros, sendo que com a formação específica, alguma experiência e perícia ficam capacitados para a executar.

Competências adquiridas

- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

Objetivos específicos

- ✓ Compreender as implicações físicas, comportamentais, familiares e sociais associadas ao processo de doença/internamento nos diferentes contextos;
- ✓ Desenvolver competências na maximização do potencial de crescimento da experiência da doença e de hospitalização da criança/família;
- ✓ Diminuir o impacto da hospitalização no processo de crescimento e desenvolvimento da criança;
- ✓ Conhecer e colaborar nos programas de educação para a saúde no âmbito do apoio à parentalidade e da saúde escolar;
- ✓ Desenvolver competências na avaliação e tratamento da dor;
- ✓ Desenvolver competências no apoio ao desempenho do papel parental;
- ✓ Desenvolver cuidados de enfermagem à criança/família de acordo com o modelo de parceria de cuidados.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Avaliei o desenvolvimento do papel parental e apoiei na transição para a parentalidade em todos os contextos;
- ✓ Conheci e apliquei as escalas de dor utilizadas nos diferentes contextos de estágio;
- ✓ Reconheci e utilizei as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para diminuir a dor;
- ✓ Dinamizei sessões de massagem infantil em contexto de UCC;
- ✓ Promovi a parceria de cuidado em todos os contextos;
- ✓ Realizei uma sessão de educação para a saúde em contexto escolar na área da saúde oral;

- ✓ Realizei uma sessão de educação para a saúde no âmbito do curso apoio à parentalidade sobre o tema “Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida”;
- ✓ Utilizei diversas estratégias de modo a diminuir o impacto da hospitalização.

Reflexão

Todas as crianças e a sua família são consideradas como uma unidade única alvo de cuidados em que o principal objetivo é envolver a família nos cuidados prestados à criança e em todas as decisões. Cabe ao EESIP promover a parentalidade, no entanto não deve em nenhum momento presumir que os pais querem e podem prestar todos os cuidados ao seu filho. Esses cuidados devem ser negociados pois a situação de transição que a hospitalização representa faz com que os pais em muitos momentos não se sintam preparados para estar totalmente envolvidos querendo apenas prestar os cuidados básicos tal como vestir e alimentar (Lee, 2004). É importante implementar estratégias que permitam a família envolver-se progressivamente no cuidado da criança doente de modo a que os pais percebam que são parceiros no cuidado e têm uma contribuição valiosa em todo o processo (Farrell, 1992).

Todos cuidados prestados tiveram como base a parceria de cuidados, tendo realizado frequentemente a avaliação e a promoção do papel parental. Em todas as situações privilegiei sempre a completa integração dos pais nos cuidados e apoiei o desempenho harmonioso do papel parental. A parceria de cuidados consiste numa comunicação eficaz entre a família e os enfermeiros, em que há uma

definição clara do papel de cada um e um acordo relativo ao tipo de envolvimento da família nos cuidados. Esse acordo tem sempre em consideração a totalidade das necessidades da criança e de como essas necessidades serão satisfeitas, e não tendo apenas em conta o papel que os pais são capazes ou desejam adotar durante ao internamento (Sousa, Antunes, & Carvalho, 2013). Podemos ainda definir competências parentais como um conjunto de habilidades, conhecimentos e de atitudes que promovem e facilitam o desempenho do papel parental, garantindo assim o máximo potencial de crescimento e de desenvolvimento da criança (Cardoso, 2015).

Nos estágios hospitalares a minha intervenção relativa à parceria de cuidados e à promoção do papel parental foi mais evidente no Serviço de Neonatologia e no internamento de pediatria, pois no Serviço de Urgência devido às suas várias vertentes não tive muitas vezes oportunidade de intervir nesse âmbito. No Serviço de Pediatria estava, na altura de realização do estágio, a terminar de ser desenvolvida ao nível do sistema SClinico a parametrização informática dos vários parâmetros necessários para avaliar o desempenho do papel parental, podendo desta forma a otimizar os registos, fazendo-os de forma mais completa em relação ao que era efetuado anteriormente.

De acordo com a OE qualquer situação de internamento acarreta um comprometimento físico e psicológico pelo que é exigido ao enfermeiro que cuida de crianças a nível hospitalar um conjunto alargado de saberes e competências que lhe permitam promover um desenvolvimento infantil harmonioso, diminuindo o impacto da hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Nos diferentes contextos hospitalares procurei estabelecer sempre uma boa relação terapêutica com as crianças e famílias, procurando identificar problemas, organizar e gerir prioridades de forma a minimizar esse impacto.

A situação de hospitalização provoca um comprometimento do papel parental, nomeadamente sentimentos de perda de controlo relativamente aos cuidados familiares. Em todos os momentos incentivei sempre a participação dos pais nos cuidados prestados à criança de modo a diminuir os fatores de stress da hospitalização, de modo a favorecer a aquisição de conhecimentos por parte dos pais e preparar o regresso a casa. Os pais são incentivados a participar em todos os cuidados, mas nunca com um sentido de obrigatoriedade pois à medida que vão sentindo mais segurança vão participando mais ativamente nos cuidados prestados ao seu filho. No caso da pediatria e da neonatologia todos os cuidados são negociados e as rotinas do serviço são sempre adaptadas à criança/família e nunca o contrário.

Para além de possibilitar sempre a participação dos pais em todos os cuidados, também incentivei a manutenção das rotinas domésticas e incentivei a criança/jovem ao autocuidado. Procurei incluir a criança nos procedimentos, por exemplo a colocar o termómetro ou a pegar no copo com o xarope e beber sozinha, permitindo que o sentimento de perda de controlo da sua autonomia fosse minimizado. No Serviço de Pediatria incentivei sempre as crianças e os seus pais a frequentarem a sala das brincadeiras, quando a condição clínica da criança o permitia, pois isso ajudava muito a minimizar o impacto da hospitalização para além de ser benéfico para o seu desenvolvimento.

Em situação de internamento em neonatologia, especificamente em crianças prematuras, o desenvolvimento do papel parental necessita de especial atenção por parte da equipa de enfermagem. São frequentes as situações em que os pais não estão ainda preparados para o nascimento do seu filho desencadeando múltiplos sentimentos geradores de stress que, associados à situação de instabilidade em que a criança se encontra, provoca sentimentos que se não forem

trabalhados adequadamente podem comprometer o desempenho harmonioso do papel parental. Nos cuidados que prestei tive sempre este fator em atenção, mantive uma postura atenta, efetuei todos os ensinamentos adequados tentando muitas vezes fornecer apoio psicológico e transmitir a tranquilidade necessária para lidar com a situação. Um fator gerador de stress estava muitas vezes relacionado com a amamentação. Nesta situação particular a ansiedade provocada pela hospitalização do filho, a sua instabilidade clínica, o medo da morte do bebé, a sua dificuldade ou impossibilidade em se alimentar, o início tardio da amamentação interpretada como algo difícil, são todos fatores importantíssimos na adesão ou não à amamentação. Embora a amamentação de prematuros seja um desafio, as condutas dos profissionais e as rotinas hospitalares adequadas às suas especificidades podem facilitar essa prática e devem ser desenvolvidas, visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Pereira, Freitas de Vilhena Abrão, da Silva Ohara, & Ribeiro, 2015). Tive oportunidade durante o desenrolar da prática neste contexto de apoiar as mães em todo o processo de amamentação.

No estágio do Centro de Saúde o apoio ao papel parental foi evidente quer nas CSI quer nos vários programas de apoio à parentalidade que existem na UCC. A educação para o exercício da parentalidade assume um papel de extrema importância em contexto dos cuidados de saúde primários, pois a família é contextualizada no meio em que está inserida de uma forma mais concreta. Os cuidados à criança no primeiro ano de vida assumem mais importância pois o apoio da função parental nesta faixa etária é de extrema relevância. Também aqui neste contexto a amamentação é um fator gerador de stress. Tive oportunidade de nas CSI efetuar ensinamentos, esclarecer algumas dúvidas e encaminhá-las para o Cantinho da Amamentação existente na UCC, em que se presta todo o tipo de apoio, acompanhamento e aconselhamento durante o processo de amamentação.

O apoio à parentalidade também é muito evidente na intervenção efetuada na UCC através dos vários programas existentes, nomeadamente o curso de massagem infantil e o curso de apoio à parentalidade. Tive oportunidade de participar e dinamizar sessões de massagem infantil sendo para mim uma experiência bastante enriquecedora. A massagem infantil tem vários benefícios quer para a mãe quer para o bebé, melhora o relacionamento mãe-bebé, diminui os níveis de stress, tem influência nos padrões de sono e choro do bebé e tem ainda impacto positivo na saúde mental materna (Cooke, 2015). Nestas sessões verifiquei que aos seus objetivos iniciais de proporcionar todos esses benefícios, adiciona-se o facto de constituir um momento de partilha de experiências entre todas as mães e pais, esclarecendo-se dúvidas, contribuindo positivamente para o bem-estar dos pais. Com a ajuda da Enfermeira Especialista responsável pelo curso, adquiri conhecimentos mais específicos sobre a realização desta “técnica” e apoiei os pais na sua execução. No final de cada sessão proporcionou-se sempre um momento para esclarecer as diversas dúvidas manifestadas pelos pais sobre vários assuntos como a amamentação, o sono, o desempenho parental, entre outras. No decorrer deste curso sugeri à Enfermeira responsável a realização de uma sessão de educação para a saúde, pelo que fiz uma apresentação sobre “Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida” (Anexo 2). Escolhi este tema pois considero que é uma área na qual é fundamental ter especial atenção e também porque verifiquei que, quer no curso de massagem infantil, quer no curso de apoio à parentalidade efetuado no pré-parto, este tema não era abordado. Estiveram apenas três mães presentes na sessão, mas mostraram-se muito interessadas e participativas tendo a sessão decorrido de acordo com o planeado.

Em cuidados de saúde primários tive ainda a oportunidade de conhecer outras áreas de intervenção, para além do apoio na parentalidade. Na UCC outra área de

atuação no âmbito da saúde infantil é o programa de saúde escolar. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) tem como objetivos a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Neste sentido deverão ser realizadas diversas atividades pela equipa de saúde escolar que tem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo (Ministério da Saúde, 2006). Em conjunto com as Enfermeiras da equipa de saúde escolar realizei uma sessão de educação para a saúde sobre higiene oral num jardim-de-infância a duas turmas com crianças entre os 3 e os 5 anos (Anexo 4). A AES desenrolou-se em duas sessões, num primeiro momento através de um teatro de fantoches em que foi explicado de uma forma lúdica os cuidados a ter com os dentes tais como a importância da escovagem dos dentes e os cuidados a ter com a alimentação e ainda a apresentação de uma música sobre a escovagem dos dentes. No segundo momento realizamos treinos de escovagem com todas as crianças verificando ainda o estado de conservação das escovas de dentes e se a pasta de dentes utilizada era adequada. Verificamos que a maioria das pastas de dentes fornecidas pelos pais das crianças não continham a quantidade recomendada de fluor pelo que recomendamos às educadoras a pedirem aos pais para trocar as pastas. As crianças foram muito recetivas e mostraram no momento do treino de escovagem que interiorizaram a informação que foi transmitida no dia anterior sobre a escovagem dos dentes. Constatou-se ainda que havia algumas crianças com cáries, sendo estas referenciadas para o Centro de Saúde para posterior referência do médico de família e encaminhamento para cuidados de saúde dentários.

O PNSE determina que em contexto da intervenção de Saúde Escolar, uma das várias áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis é também a

saúde sexual e reprodutiva, devendo ser implementados Projetos Prioritários de Promoção da Saúde sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DST em escolas do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico e secundárias (Ministério da Saúde, 2006). Nesse sentido a UCC estabeleceu um programa com as escolas da sua área de intervenção, sobre sexualidade em que realiza periodicamente AES sobre os mais variados assuntos desta área, tais como sexualidade (componente biológica, afetiva, social, cultural), prevenção de DST, violência, entre outras. No decorrer deste Módulo de estágio tive a oportunidade de assistir a algumas dessas sessões sobre sexualidade a turmas do 8º ano e do 10º ano. Foi uma experiência interessante pois a interação com os adolescentes é muito diferente da que se estabelece com as crianças mais novas. As enfermeiras da equipa da saúde escolar demonstram grande experiência nesta área, já fazem estas sessões há vários anos e conseguem estabelecer uma relação empática e de confiança com os adolescentes, pois só desta forma se consegue implementar estas sessões sobre uma área que ainda acarreta muitos tabus na nossa sociedade.

Outro serviço assegurado pelas enfermeiras da UCC é o Centro de Apoio a Jovens (CAJ) de Matosinhos onde tive a oportunidade de assistir a consultas de planeamento familiar a adolescentes que recorrem a este centro, percebendo a dinâmica de atuação do enfermeiro neste campo. O CAJ tem como missão apoiar jovens adolescentes em todas as questões relativas à área da sexualidade, tais como o planeamento familiar, fornecendo contraceção gratuita, esclarecimento de dúvidas, realização de testes de gravidez, fornecimento de contraceção de emergência, aconselhamento sobre prevenção de DST e apoio psicológico em que é efetuado o encaminhamento para um psicólogo do Centro de Saúde quando solicitado. Ao centro recorrem jovens adolescentes, e como o acesso é anónimo, confidencial e gratuito, faz com que seja um espaço de eleição para os jovens na

procura de informação, orientação e aconselhamento na área da sexualidade. Em todas as sessões realizadas nas escolas é feita a referência à existência do CAJ, que muitos jovens desconhecem, permitindo que a sensibilização e consciencialização dos jovens para uma sexualidade saudável e uma vida sexual responsável e mais eficaz. O CAJ é assim um local de excelência para a intervenção do EESIP nesta área.

A lesão corporal e o medo da dor são fatores de stress provocados pela hospitalização em pediatria, pelo que cabe aos enfermeiros providenciar a sua diminuição (Hockenberry & Wilson, 2011). A sensibilização de todos os profissionais para esta temática é fundamental para que a dor em contexto pediátrico possa ser antecipada e abordada adequadamente. A dor é um dos principais indicadores de qualidade dos cuidados pelo que a sua avaliação e tratamento é fundamental. Assistir uma criança com dor consiste numa relação partilhada pelo que a família deve ser sempre incluída nos cuidados, a menos que deseje o contrário. O planeamento dos cuidados permite um tratamento eficaz da dor levando conseqüentemente a uma melhoria da qualidade de vida da criança e sua família. Para uma correta avaliação da dor recomenda-se a utilização adequada das escalas de avaliação de dor disponíveis, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, e a utilização do auto-relato nas situações em que a criança já tem capacidade para verbalizar o que sente. Existem várias estratégias farmacológicas e não-farmacológicas que devem ser utilizadas de acordo com a situação, permitindo sempre a minimização do impacto dos momentos dolorosos na criança e família (Batalha, 2010).

Valorizei sempre a importância de reduzir ao máximo a dor provocada pelos procedimentos e em situações de pós-operatório, pelo que a dor foi um dos meus principais focos de atenção. Nos serviços de internamento pediátrico e de

neonatologia, a dor, tal como está preconizado, é avaliada em todos os turnos como sinal vital, utilizando escalas de avaliação da dor adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança, que no caso da neonatologia a utilizada foi a EDIN (Anexo 3). Em todos os procedimentos que pudessem provocar dor expliquei o que iria realizar e implementei estratégias não farmacológicas e farmacológicas de modo a minimizar o seu impacto. Sempre que possível os procedimentos dolorosos eram concentrados num momento único e programados de forma a implementar analgesia precocemente. É frequente o uso da sacarose oral para diminuir a dor antes, durante e após procedimentos dolorosos em crianças com menos de 1 ano de idade e o uso do EMLA®, no caso de crianças mais velhas, antes das punções venosas. A eficácia do uso da sacarose está comprovada como uma intervenção analgésica não-farmacológica, associada à sua facilidade de administração e disponibilidade fazendo da sacarose uma boa escolha para a prevenção e/ou redução da dor em lactentes submetidos a procedimentos dolorosos menores (administração de vacinas, punção venosa, posicionamentos, etc.). Para além disso, os profissionais de saúde devem combinar a sua utilização com outras intervenções não-farmacológicas tais como a contenção, a distração, o consolo e o uso da chupeta ou a amamentação. (McCall, DeCristofaro, & Elliott, 2013).

Em contexto de internamento uma das estratégias não-farmacológicas que utilizei para minimizar o impacto da dor, foram a técnica da distração e a brincadeira que em conjunto com outras das medidas já mencionadas surtia algum efeito. Nas situações de pós-operatório geri sempre a analgesia prescrita de modo a que a criança sentisse o mínimo de dor possível. Nas situações vivenciadas no Serviço de Urgência as estratégias não-farmacológicas para diminuir o impacto da dor que utilizei, por exemplo durante a colocação de cateter venoso periférico, foram

também a técnica da distração e a brincadeira. A utilidade prática da utilização de técnicas de suporte emocional é reconhecida. Dos métodos cognitivo-comportamentais, a distração é a técnica mais utilizada tendo como objetivo de desviar a atenção da criança para coisas agradáveis em momentos de realização de procedimentos que provocam dor (Batalha, 2010). Em todas as situações, em conjunto com estas medidas, promovi sempre a presença dos pais de modo a proporcionarem segurança e conforto à criança, permitindo desta forma diminuir o impacto da dor. Também utilizei frequentemente medidas farmacológicas através da administração da analgesia adequada de modo a complementar as outras estratégias de controlo da dor.

Em neonatologia promovi sempre o conforto do RN, sendo este um foco de atenção muito valorizado, pois a sua alteração leva a situação de stress que por consequência pode agravar ou atrasar o processo de recuperação do RN. De modo a promover o conforto do RN implementei diversas intervenções tais como a gestão do ambiente através da diminuição de estímulos visuais e auditivos, geri os procedimentos e a manipulação ao RN, estimulei a interação entre os pais e a criança e respeitei os períodos de sono e vigília. Outro método que utilizei em vários momentos para promover o conforto do RN e a diminuição do impacto da dor foi o método canguru. Através da utilização deste método, permite-se o contacto precoce pele-a-pele entre a mãe/pai e o RN, de forma crescente e pelo tempo que ambos considerarem prazeroso e suficiente, permitindo desta forma uma maior participação dos pais no cuidado ao seu filho. Este método tem um impacto positivo significativo no desenvolvimento perceptivo-cognitivo e motor da criança e sobre o processo de parentalidade (Feldman, Eidelman, Sirota, & Weller, 2002). Para além disso os benefícios são múltiplos. O contacto íntimo de pele-a-pele entre mãe/pai e RN vai despoletar respostas neuro-psicológicas com impacto

no desenvolvimento fisiológico e comportamental. Além disso, durante o método canguru o RN vivencia diversas experiências sensitivas que têm um efeito tranquilizante sobre o RN, permitindo muitas vezes a estabilização dos parâmetros fisiológicos (Bera et al., 2014).

Competências adquiridas

- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Objetivos específicos

- ✓ Desenvolver competências comunicacionais na assistência de Enfermagem à criança/família.
- ✓ Proporcionar à criança/família informação oportuna e adequada, no âmbito da prevenção e educação para a saúde.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Abordei a criança/família de acordo com o seu nível de desenvolvimento, escolaridade, crenças, valores e cultura;
- ✓ Demonstrei capacidade de comunicação com crianças de diferentes idades e etapas de desenvolvimento;
- ✓ Estabeleci uma relação empática adequada a cada situação;

- ✓ Evitei juízos de valor e interrupções durante a comunicação;
- ✓ Facilitei a comunicação expressiva de emoções da criança/família;
- ✓ Utilizei a relação terapêutica de forma assertiva;
- ✓ Utilizei diferentes estratégias de comunicação.

Reflexão

A comunicação e a transmissão aberta de informações são a chave para estabelecer uma compreensão mútua entre a família e os enfermeiros (Young et al., 2006). Para essa comunicação ser efetiva, os enfermeiros devem fazer uma apresentação adequada, garantindo a privacidade e a confidencialidade. Ao comunicar com a família deve-se sempre incentivar o seu envolvimento, escutar cuidadosamente, usar o silêncio e a empatia e no caso das crianças deve-se adequar a linguagem ao seu estágio de desenvolvimento. A comunicação não-verbal e a brincadeira são boas estratégias de comunicação com as crianças permitindo criar uma relação empática e de confiança (Hockenberry & Wilson, 2011).

Nos primeiros dias senti-me um pouco insegura em relação à forma de abordagem da criança e das estratégias de comunicação que deveria utilizar. O conhecimento das várias estratégias de comunicação e ainda a observação da forma de comunicar com as crianças/famílias utilizada pelas enfermeiras tutoras e restante equipa de enfermagem dos diferentes locais de estágio permitiu-me ganhar mais confiança e progressivamente criar uma boa relação terapêutica. O desenrolar dos vários módulos de estágio permitiu-me desenvolver competências neste âmbito com base no conhecimento adquirido, contribuindo para que agora fizesse a abordagem à criança de uma forma mais segura de modo a poder transmitir-lhe confiança e permitindo a realização plena dos cuidados. Em todas as situações

adequiei o meu discurso à idade e estágio de desenvolvimento da criança e interagi com ela sempre de forma a não invadir o seu espaço, permiti que expressasse os seus sentimentos, utilizei a brincadeira como forma de aproximação e distração. Notei que na primeira abordagem a criança sentia sempre alguma estranheza por não me conhecer, mas sinto que consegui sempre estabelecer uma relação empática pois nos dias seguintes, no caso do internamento, a sua reação já demonstrava que confiava em mim e isso foi gratificante. Em todos os momentos expliquei tudo o que ia realizar de forma verdadeira e dei-lhes tempo para se adaptar à situação.

No caso da comunicação com a família forneci toda a informação necessária, explicando o objetivo de todas as intervenções de modo a diminuir os níveis de ansiedade. Encorajei-os sempre a exporem as suas dúvidas e angústias, mostrando-me sempre disponível para ouvi-los e ajudar no que fosse necessário. Em todos os momentos adotei uma postura calma e utilizei uma linguagem simples e clara, procurando ir ao encontro das necessidades de informação da família.

Em USF nos momentos de CSI a comunicação é fundamental para fazer um adequado apoio ao papel parental. No caso das primeiras consultas dos bebés, é um momento em que os pais demonstram as suas dificuldades de adaptação ao seu novo papel, as dúvidas e angústias relativas ao desenvolvimento do seu filho, pelo que a forma de relação que se estabelece com os pais é muito importante para eles se sentirem confiantes para expressarem as suas emoções. Ao longo dos momentos de contacto com a criança/família em contexto de cuidados de saúde primários o fator comunicacional é muito importante pois permite obter diversas informações sobre o estado de saúde da criança e esclarecimento das diversas dúvidas demonstradas pela família no cuidado àquela criança.

Ao longo dos pequenos momentos de contacto com a criança/família em contexto de urgência o fator comunicacional também é muito importante pois permite obter diversas informações quer sobre o estado de doença que leva aquela criança/família ao serviço de urgência quer sobre as possíveis falhas e dúvidas demonstradas pela família no cuidado àquela criança. O estabelecimento de uma relação empática e de confiança e a utilização de uma comunicação adequada permitiu esclarecer dúvidas e orientar adequadamente os pais contribuindo para que, estando devidamente esclarecidos provavelmente em muitas situações não urgentes não terão necessidade de recorrer ao serviço de urgência.

Competências adquiridas

- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- ✓ Refletir na e sobre a sua prática clínica;
- ✓ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objetivos específicos

- ✓ Desenvolver uma prática profissional e ética na assistência à criança/família.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Observei a atuação dos enfermeiros especialistas nos diversos contextos assistenciais;
- ✓ Respeitei e promovi os princípios éticos universais.

Reflexão

A responsabilidade profissional, ética e legal é a base de atuação dos enfermeiros, princípio pelo qual conduzo todos os cuidados que presto. Baseei todas as decisões tomadas na evidência científica e na responsabilidade ética e legal para com a criança/família a quem prestei cuidados de enfermagem. Desde o início do meu percurso profissional que os cuidados que presto são sempre fundamentados numa base de respeito pelos princípios éticos e pelo Código Deontológico que rege a profissão, pelo que neste estágio mantive obviamente sempre essa postura. Respeitei ainda o que está preconizado pela Carta dos Direitos da Criança tal como a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada.

Em todos os momentos mantive a privacidade e a confidencialidade, respeitando sempre as crenças e valores da criança/família de acordo com o seu contexto familiar. A Deontologia Profissional implica uma prática assistencial baseada num conjunto de deveres, tais como o sigilo profissional e o dever de privacidade sendo estes requisitos essenciais na conduta dos profissionais de saúde, principalmente em contexto pediátrico. A criança apresenta características muito especiais e particularidades que fazem com que cuidar de uma criança, nas diversas fases do seu desenvolvimento, seja um desafio para os profissionais de saúde pois requer um esforço constante e respeito por todo o contexto em que a criança está inserida. A criança em momento algum pode ser separada da sua família em todo o

processo assistencial, pelo que é importante acolher a família e colocá-la sempre a par dos tratamentos e intervenções. Neste sentido a comunicação é uma ferramenta de trabalho indispensável onde os valores sociais e éticos poderão ser enaltecidos, mantendo sempre a confidencialidade e a privacidade em toda a conduta profissional respeitando sempre a criança e a família (Nunes, 2011).

Em todos os Módulos de estágio refleti de forma crítica e sistemática as estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro especialista na assistência à criança/família nos diferentes contextos de prestação de cuidados e relacionei-as com as perspetivas teóricas. Em todo o meu percurso a consciência crítica e observadora esteve presente, refletindo sistematicamente sobre o meio envolvente e com um discurso fundamentado, com base no conhecimento e evidência científica.

2.2.2. Domínio da Gestão de Cuidados

Este domínio implica a gestão dos cuidados de enfermagem prestados à criança/família e ainda a gestão dos recursos humanos e materiais. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista definido pela OE preconiza que compete ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados de forma a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação na equipa multidisciplinar, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto de modo a promover a qualidade dos cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Neste sentido o EESIP deve ter competências conceptuais, humanas e técnicas específicas para gerir os cuidados. O contacto com contextos de estágio tão distintos na área de SIP permitiu o reconhecimento das diferentes abordagens no âmbito da gestão de cuidados.

Competências adquiridas

- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP;
- ✓ Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- ✓ Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar as competências do Enfermeiro ESIP na área da gestão;
- ✓ Compreender a importância de normas, protocolos e manuais de qualidade na manutenção de uma gestão de cuidados eficaz e eficiente.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Conheci os métodos de gestão de cuidados, de recursos materiais, humanos e equipamento;
- ✓ Geri, eficazmente, o tempo, os cuidados e os recursos disponíveis;
- ✓ Identifiquei as funções adstritas ao enfermeiro especialista na área da gestão de cuidados;
- ✓ Refleti sobre o papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados.

Reflexão

Durante o estágio do serviço de Pediatria tive oportunidade de conhecer um pouco a prática de gestão do serviço. Passei um turno a acompanhar o trabalho realizado pela enfermeira chefe de modo a compreender qual o papel do enfermeiro especialista na área da gestão de um serviço. Ao nível dos recursos humanos pude ver como se faz a elaboração de horários, de planos de trabalho, mapas de férias e gestão de faltas do pessoal. Ao nível da gestão de materiais e equipamentos, observei como se faz o controlo do material gasto, efetua pedidos de material para evitar ruturas de stock e assegura o uso adequado dos diferentes materiais.

A gestão dos recursos humanos e materiais é da responsabilidade da Enfermeira Chefe, podendo na sua ausência ser delegada a um Enfermeiro Especialista/ Enfermeiro de Referência. A existência de sistemas de gestão de material e medicação informatizados permite à enfermeira uma gestão mais atempada de tudo o que é necessário, evitando os extravios dos pedidos e a rutura de stock e, ao nível dos recursos humanos, uma gestão eficaz de toda a equipa de enfermagem de modo a garantir os rácios seguros em cada turno. Nos turnos em que a enfermeira chefe não está presente, há sempre um dos enfermeiros especialistas que estão nos cuidados que é denominado de responsável de turno sendo-lhe delegadas responsabilidades de gestão tal como a distribuição dos doentes pelos enfermeiros presentes em cada turno, gestão da equipa durante o turno e gestão de conflitos que possam surgir.

Em contexto de USF, cabe ao enfermeiro de família a responsabilidade pela gestão de todos os cuidados por si prestados a cada família: desde a consulta de enfermagem, à execução de tratamentos e aos cuidados domiciliários. Na UCC,

cabe aos enfermeiros das várias equipas de intervenção a responsabilidade pela gestão dos cuidados a prestar no âmbito na sua intervenção: AES em contexto escolar, visitas domiciliárias, Cantinho da Amamentação, Curso de Apoio à Parentalidade, Saúde Escolar. Em ambas as unidades (UCC e USF), os enfermeiros têm ainda a seu cargo a elaboração de relatórios das atividades desenvolvidas.

Tal como já foi referido, habitualmente a gestão de recursos humanos e materiais encontra-se a cargo dos enfermeiros chefes, no entanto, estes delegam muitas vezes parte dessa gestão nos enfermeiros especialistas, pelo que tornam-se também responsáveis por zelar pela segurança da criança/família, pressupondo um conjunto de medidas, tais como a integração e fixação dos profissionais de enfermagem, melhoria do desempenho, implementação de medidas de segurança ambiental e gestão do risco (Ordem dos Enfermeiros, 2006). Nos diferentes contextos de assistência à criança/família, tive a oportunidade de observar estas medidas sendo uma mais-valia para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de cuidados de enfermagem. No decorrer de todos os contextos assistenciais, as atividades de gestão que desenvolvi verificaram-se na correta gestão dos cuidados, estabelecimento de prioridades e gestão eficaz de tempo e recursos disponíveis.

Outra das competências exigidas ao EESIP é de zelar pela qualidade dos cuidados pelo que uma das estratégias que podemos usar é a utilização de protocolos ou normas de atuação, pois estes são guiões da nossa prática. Nos estágios realizados na ULSM constatei a existência de imensas normas e protocolos, que são prática comum em toda a instituição, fazendo com que haja uma uniformização de cuidados da parte dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade dos mesmos. Já em relação ao serviço de urgência a existência de normas e

protocolos é mais escassa, não existindo tantos protocolos de procedimentos como nos outros locais por onde passei.

2.2.3. Domínio da Investigação

A enfermagem como disciplina necessita de produção científica e constante atualização do seu próprio conhecimento que ocorre através da investigação e da incorporação dos seus resultados na prática clínica dos enfermeiros, contribuindo deste modo para a excelência dos cuidados.

De acordo com o que está definido pela OE, todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, devem basear a sua prática clínica em padrões de conhecimento sólidos e válidos, com suporte na investigação e no conhecimento, na sua área da especialidade, atuando como dinamizadores e gestores da integração do novo conhecimento na prestação de cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). A investigação em enfermagem representa um papel fundamental no desenvolvimento e na consolidação de novos conhecimentos. A investigação que tem vindo a ser desenvolvida pelos profissionais de enfermagem contribui para o reconhecimento da necessidade de desenvolver conhecimento científico e para a importância de uma prática de cuidados baseada na evidência.

Competências adquiridas

- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- ✓ Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- ✓ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Objetivos específicos

- ✓ Integrar os resultados da investigação na prática profissional.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Fiz pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente;
- ✓ Utilizei o conhecimento em enfermagem para a realização de uma prática baseada na evidência.

Reflexão

Durante este percurso, senti necessidade de obter informações mais sólidas e fidedignas na tentativa de dar resposta às situações com que me deparei. No início do estágio baseei-me em muitos dos conhecimentos adquiridos durante a minha

experiência profissional anterior e na componente teórica presente neste curso. À medida que sentia necessidade de novos conhecimentos, ou quando me deparei com alguma situação desconhecida, efetuei pesquisa bibliográfica pertinente de modo a colmatar essa falha de conhecimento e promover a qualidade dos cuidados prestados. Procurei estar sempre atualizada ao nível de conhecimentos através da realização frequente de pesquisa bibliográfica e procurei continuamente situações novas, que me conduziam a novas aprendizagens, tendo utilizado essencialmente as bases de dados científicas.

Como exemplo deste posicionamento, no serviço de neonatologia, durante a prestação de cuidados a um RN foi identificada uma úlcera de pressão no nariz provocada pela máscara de CPAP. Neste caso, em conversa com a enfermeira tutora, constatei que não eram efetuados registos ao nível do SClinico relativamente à avaliação do risco de úlcera de pressão e às intervenções que eram realizadas com vista à sua prevenção. Verifiquei que isto se devia ao facto que ao nível da parametrização no sistema informático apenas estava disponível a avaliação do risco de úlcera de pressão na criança através da utilização da escala de Braden Q. Esta escala como não está validada para crianças com menos de 28 dias não pode ser aplicada num serviço de neonatologia. Este facto suscitou-me interesse em efetuar uma pesquisa bibliográfica sobre esta temática e descobri uma escala de avaliação de risco de úlcera de pressão em neonatos - Escala Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS) (Anexo 5). A utilização desta escala não está validada em Portugal mas é utilizada em diversas unidades de cuidados intensivos neonatais em vários países, nomeadamente Estados Unidos e Espanha. Assim, apresentei os documentos que pesquisei à enfermeira tutora, pelo que ela valorizou bastante a minha pesquisa, mostrando muito interesse em dar

seguimento a um possível trabalho de validação desta escala de modo a que futuramente pudesse ser utilizada.

Posso afirmar que consegui atingir os objetivos deste domínio, pois adquiri conhecimentos na realização de pesquisa bibliográfica, por isso considero que estou mais capaz de procurar e selecionar informação fidedigna e fundamentada pelo que este percurso constituiu uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

2.2.4. Domínio da Formação

A formação contínua é fundamental para a excelência dos cuidados prestados. A OE define no artigo 88º alínea c) do REPE que *“o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Neste sentido, a formação contínua e autónoma, bem como, a promoção do desenvolvimento profissional e pessoal, assume primordial importância no desenvolvimento da profissão. Cada profissional tem o dever de promover a qualidade de cuidados que presta, investindo na sua formação profissional de forma a aumentar o corpo dos seus conhecimentos para desta forma aumentar o processo de melhoria contínua e enriquecimento da profissão de enfermagem.

Assim sendo, a formação torna-se essencial na construção de uma identidade profissional pois facilita a agregação de saberes que consolidam, de forma simultânea, a relação com o trabalho e a carreira profissional.

Competências adquiridas

- ✓ Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto público em geral;
- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- ✓ Manter de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Promover a formação em serviço na área de EESIP.
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Objetivos específicos

- ✓ Identificar as necessidades formativas e promover o desenvolvimento profissional de pares através de estratégias formativas;
- ✓ Desenvolver competências na área da formação pessoal.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Identifiquei as necessidades formativas das equipas dos diferentes locais de estágio;
- ✓ Realizei uma sessão de formação de pares com a temática “Disciplina na primeira infância”.

Reflexão

Em contexto de USF foi-me dada a oportunidade de realizar uma sessão de formação de pares, pelo que a equipa de enfermagem sugeriu o tema da disciplina na primeira infância (Anexo 6). A disciplina constitui uma peça fundamental na formação comportamental das crianças. O papel do enfermeiro nesta área consiste em dotar os pais de competências para lidar com problemas de disciplina e evitar desvios de comportamento. A problemática da disciplina é atualmente um fator de ansiedade para a maioria dos pais, pois sentem receio em não desempenhar adequadamente o seu papel parental, sendo que o apoio e as orientações dos profissionais de saúde são importantes para contribuir para um desenvolvimento adequado do papel parental e consequentemente das próprias crianças. A formação teve a participação de todos os enfermeiros da equipa, houve bastante intervenção da parte dos participantes e criou-se momentos de reflexão e partilha pelo que os objetivos propostos para esta sessão foram cumpridos na totalidade.

No decurso do estágio do Serviço de Pediatria e do Serviço de Neonatologia analisei o plano de formação existente e avaliei em conjunto com a enfermeira tutora as necessidades formativas verificando que não havia nenhuma necessidade de formação para além do que já estava planeado. Para além do que referi anteriormente, o facto do Módulo III de estágio ter uma duração muito

curta, não me permitiu a oportunidade de investir profundamente no campo da formação. No caso do serviço de urgência fui informada pela enfermeira tutora que não existia um plano de formação definido para o serviço nem um enfermeiro responsável pela formação. A formação a que os profissionais do serviço tinham acesso é a que é ministrada ao nível do centro de formação do próprio hospital e que cada profissional de forma voluntária e de acordo com os seus interesses se inscreve e sem caráter de obrigatoriedade.

Considero que as competências no âmbito da formação pessoal e profissional foram adquiridas, pois desenvolvi competências técnicas, científicas, metodológicas, relacionais e educativas na prestação de cuidados, bem como, competências de pensamento crítico, sociais, éticas e culturais. Também considero importante realçar a orientação proporcionada por todas as enfermeiras tutoras que ao partilharem o seu conhecimento contribuíram para o aprofundamento dos meus conhecimentos e aquisição de novas experiências e aprendizagens, bem como, para a minha formação pessoal e profissional como futura enfermeira especialista em SIP.

3. Conclusão

Com a elaboração deste relatório, fui capaz de refletir sobre as atividades realizadas e os aspetos mais relevantes de todos os estágios realizados. Este documento foi fundamental, já que me permitiu refletir sobre os acontecimentos mais relevantes deste percurso, não só sob o ponto de vista académico, como pessoal. Durante a sua elaboração, foi feita uma análise crítico-reflexiva dos objetivos, das atividades e competências que desenvolvi ao longo dos diferentes contextos assistenciais, o que me permitiu definir interesses e projetos para o futuro que passam pelos diferentes domínios de competências. O relatório culmina com o final de um ciclo em que a avaliação reflexiva sobre a concretização dos objetivos delineados e a reflexão de toda a aprendizagem que resultou desta experiência se tornaram essenciais. Foi intenção deste relatório proporcionar uma visão o mais fiel possível da experiência formativa que vivi ao longo de todas as semanas de estágio, bem como relatar a intencionalidade das atividades desenvolvidas.

A realização de estágio em diferentes contextos assistenciais contribuiu para a aquisição de conhecimentos e competências nas diversas áreas de intervenção do EESIP, que apesar de distintos e contextualizados em cenários muito diferentes, os diferentes módulos se cruzaram entre si em vários aspetos havendo um fio condutor comum que sustenta o cuidar em Pediatria.

Ao nível dos cuidados de saúde primários o estágio permitiu-me a aquisição de competências de promoção e vigilância de saúde, prevenção, diagnóstico dirigindo a minha ação à criança/família/comunidade. Neste contexto os cenários de intervenção são múltiplos e permitem ao EESIP, a avaliação direta do ambiente no qual a criança cresce e se desenvolve, podendo intervir na família, na escola e na comunidade, de uma forma personalizada.

No caso do contexto assistencial de um serviço de internamento de Pediatria contactei com a criança/jovem e família em contexto de hospitalização. Para além da assistência direta à criança/família em situação de doença aguda e/ou crónica, o contacto com esta realidade exigiu um investimento particular na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, encarando a hospitalização não só como uma crise mas como uma oportunidade.

Por último, no Serviço de Urgência e de Neonatologia constituem locais de extrema importância que exigem, da atuação do EESIP, experiência e conhecimento específico. Desde as situações mais simples às mais complexas, estes serviços pela sua especificidade e complexidade têm pouca margem para o erro e a indecisão. Exigem dos profissionais o desenvolvimento de competências de promoção da parentalidade, de educação para a saúde, de deteção rápida de sinais de alarme, focalizando a sua intervenção numa comunicação assertiva e no estabelecimento de prioridades, com vista a uma intervenção eficaz. Um dos aspetos marcantes do serviço de urgência foi a realização de triagem, pois constituiu um desafio particularmente importante na aquisição de competências, na medida em que implicou uma avaliação criteriosa e determinante da criança/jovem, de forma rápida e assertiva.

O cuidar em pediatria tem como foco principal a unidade criança/família. Sendo o apoio ao papel parental e a parceria de cuidados a base da intervenção do EESIP e, consequentemente, um objetivo transversal a todos os módulos de estágios. Assim atuei de forma consistente com as famílias, na promoção de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil, de modo a vivenciarem os processos de transição de forma positiva. Outro aspeto transversal a todos os estágios foi o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança/família e de educação para a saúde, que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. No âmbito da educação para a saúde, saliento o contacto com a comunidade escolar, como uma experiência muito gratificante e enriquecedora.

No geral considero que em todos os módulos de estágio fui capaz de me integrar em toda a dinâmica dos vários locais fazendo com que a minha participação em todas as atividades fosse adequada ao contexto e em plena integração nas diversas equipas assistenciais. Todo o percurso de estágio permitiu-me contactar nos diferentes contextos com crianças de diferentes faixas etárias, adquirir progressivamente confiança, autonomia e destreza na execução de intervenções e ainda realizar atividades educativas de acordo com as necessidades formativas identificadas.

Surgiram algumas dificuldades, que em alguns momentos podem ter interferido negativamente no meu desempenho, mas de uma forma global considero muito positivo todo o percurso realizado. Espero ter conseguido transmitir de forma clara este meu percurso de aprendizagem. Sinto que este foi o início de um caminho de qualidade que procuro percorrer e julgo poder afirmar que me tornei mais competente a aplicar os conhecimentos, possuo maior capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares.

Todos os locais de estágio proporcionaram-me várias experiências e diversos momentos de aprendizagem promovendo, sem dúvida, o desenvolvimento de competências específicas em saúde infantil e pediátrica nos seus quatro domínios: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. Entendo que as competências adquiridas vão-me possibilitar estar desperta e ter mais sensibilidade, no decurso da minha atividade profissional e permitir uma aprendizagem ao longo da vida. De um modo global, considero que consegui concretizar todos os objetivos que me propus atingir ao longo do estágio, bem como, os objetivos propostos para a elaboração deste relatório, através de momentos de reflexão sobre a prática e das experiências vividas. Permitiu-me aprender e crescer não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

4. Bibliografia

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. (Lidel, Ed.). Lisboa.

Bera, A., Ghosh, J., Singh, A. K., Hazra, A., Som, T., & Munian, D. (2014). Effect of kangaroo mother care on vital physiological parameters of the low birth weight newborn. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*. <http://doi.org/10.4103/0970-0218.143030>

Brazelton, T. B. (1993). *O Grande Livro da Criança*. (E. Presença, Ed.) (13ª edição).

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003). *A criança e a disciplina. O método Brazelton*. (E. Presença, Ed.) (13ª edição).

Cardoso, A. (2015). Competências parentais : construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 11–20. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>

Centro Hospitalar São João. (2015a). Certificação da Triagem Canadiana da Urgência Pediátrica do HPI-CHSJ. Obtido de http://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=262

Centro Hospitalar São João. (2015b). jOne. Obtido de <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/417>

Centro Hospitalar São João. (2015c). O São João. Obtido de <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>

Centro Hospitalar São João (CHSJ) - Serviço de Urgência de Pediatria. (2008). *Manual de Apoio à Triagem - Urgência pediátrica do Porto*.

- Cooke, A. (2015). Infant massage: The practice and evidence-base to support it. *British Journal of Midwifery*, 23(3), 166–170 5p. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103771409&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Cordeiro, M. (2014). *Educar com Amor*. (A Esfera dos Livros, Ed.). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma 010/2013 da Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de papers2://publication/uuid/F8431BE9-EE38-48E0-AC22-7AECFDD0241F
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=1992151869&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1 Pt 1), 16–26. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=12093942&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. Da. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery*, 13(1), 816–818. <http://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100026>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (I. Elsevier, Ed.) (9ª edição). New York.

- Lee, P. (2004). Family involvement: are we asking too much? *Paediatric Nursing*, 16(10), 37–42. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2005070518&lang=pt-br&site=ehost-live>
- McCall, J. M., DeCristofaro, C., & Elliott, L. (2013). Oral sucrose for pain control in nonneonate infants during minor painful procedures. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(5), 244–252 9p. <http://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00783.x>
- Ministério da Saúde. (2006). Despacho n.º 12.045/2006 - Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.
- Nunes, R. T. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional : uma perspectiva no cuidar pediátrico. *Nascer e Crescer*, XX, 40–44.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada De Posição Sobre Segurança Do Cliente, 1–10. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_29_Maio_2008.pdf#page=59
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (O.E., Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–10. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados

Especializados Em Enfermagem De Saúde Da Criança E Do Jovem (2011).

Ordem dos Enfermeiros. REPE E Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros (2012).

Obtido de

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

Pereira, L. B., Freitas de Vilhena Abrão, A. C., da Silva Ohara, C. V., & Ribeiro, C.

A. (2015). MATERNAL EXPERIENCES WITH SPECIFICITIES OF PREMATURITY THAT HINDER BREASTFEEDING. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 55–63 9p. <http://doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>

Sá, E. (2013). Queremos Melhores Pais! (Lua de Papel, Ed.). Lisboa.

Sousa, P., Antunes, A., & Carvalho, J. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children & Young People*, 25(2), 24–28.

Obtido de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=86141643&lang=pt-br&site=ehost-live>

ULSM. (2010). ULSM - Centro de Saúde de Matosinhos. Obtido de

<http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=65>

World Health Organization, W. (2008). World report on child injury prevention.

Geneva, Switzerland, 1–212. <http://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>

Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, a, Bundy, R., & Greathead, D. (2006).

Negotiation of care for a hospitalised child: parental perspectives. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 9(2), 4. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009244322&site=ehost-live>

5. Anexos



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

Anexo 1 - Sistema de Triagem Pediátrica Canadiana (The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale)

Sistema de Triagem Pediátrica Canadiana (The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale)

Um sistema de Triagem consiste num processo de avaliação clínica preliminar que classifica os utentes em função do seu grau de urgência/gravidade, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa no serviço de Urgência. Diferencia e classifica os utentes em diferentes níveis de urgência e prioriza a sua assistência segundo esses níveis (CHSJ, 2008)

O Sistema de Triagem Canadiano está classificado em 5 níveis de gravidade relacionados com os tempos de espera para a assistência médica (ver quadro nº1)

Quadro nº 1: Tempos de espera recomendados

Nível de gravidade	Assistência médica
Nível I	Imediata
Nível II	15 Minutos
Nível III	30 Minutos
Nível IV	60 Minutos
Nível V	120 Minutos

Este processo de triagem realiza-se em 3 passos:

1. Impressão inicial - Triângulo de avaliação pediátrico (TAP): avaliação visual rápida do comportamento (nível de atividade e consciência), esforço respiratório, circulação (cor) do doente.
2. Motivo de consulta principal
3. Avaliação dos sinais vitais de acordo com a idade

Após as 3 avaliações os doentes são sempre triados no nível de maior gravidade.

1º Passo: Triângulo de Avaliação Pediátrico

Triângulo de avaliação pediátrica



Atribuição do nível de triagem:

- Alteração de 3 lados do triângulo – nível I
- Alteração de 2 lados do triângulo – nível II
- Alteração de 1 lado do triângulo – nível III
- Nenhum lado alterado – nível IV-V

2ª Passo: Motivo de consulta

- Entrevista de 2-3 minutos;
- História breve relatada pela família ou pela criança;
- Colheita de dados como: alergias, medicação, doenças relevantes;
- A referência a determinado problema é o resultado da interpretação daquilo que é referido pela família, mais valorização do enfermeiro.

A partir desta avaliação a criança é classificada dentro de um grupo de problema principal (digestivo, respiratório, músculo-esquelético, ...) e dentro desse numa categoria sintomática.

De seguida obtém-se uma classificação desses sinais e sintomas que foram avaliados de acordo com o nível de gravidade.

3º Passo – Avaliação e registo de sinais vitais

FC: preenchido capilar, presença de cianose

FR e presença de sinais de dificuldade respiratória (estridor, tiragem)

Situação neurológica: nível de consciência, irritabilidade

Atribuição de níveis de acordo com os sinais vitais:

- Normais: nível IV-V
- Discretamente alterados – nível III
- 1 Intervalo acima ou abaixo do normal – nível II

- 2 Intervalos acima ou abaixo do normal – nível I

Recentemente em Outubro de 2015 o Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de S. João, viu certificado o seu sistema de triagem canadiana e os recursos humanos envolvidos, pelas entidades competentes. O processo de acreditação da triagem canadiana na Urgência Pediátrica do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João teve o suporte da *Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP)* e da *National Emergency Nurses Affiliation (NENA)*. A concretização do processo de acreditação consistiu na certificação de potenciais formadores da triagem pediátrica canadiana e na recertificação de triadores em atividade atualmente. Este sistema de triagem está em vigor no CHSJ há cerca de sete anos (Centro Hospitalar São João, 2015a).

Atualmente alguns elementos da equipa de enfermagem do serviço de urgência do CHSJ estão a efetuar um estudo de validação do Sistema de Triagem Canadiano, podendo deste modo detetar algumas falhas de atuação contribuindo para a melhoria futura dos cuidados prestados ao nível da triagem. Pode-se ver de seguida um poster que fizeram sobre esse mesmo estudo.



VALIDAÇÃO DA TRIAGEM PEDIÁTRICA CANADIANA NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO - PORTO



Oliveira, Nuno¹; Alves, Maria¹; Duarte, Joana²; Martins, António¹; Viana, João²
1. Centro Hospitalar de São João; 2. Mestrado em Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução

As urgências pediátricas (UP) têm vindo a manter uma elevada afluência de doentes resultando num aumento dos tempos de espera. A triagem assume um papel primordial na identificação dos doentes mais graves, proporcionando maior rapidez no seu atendimento.

Segundo o despacho nº 3762/2015 "Todas as Urgências Pediátricas devem assegurar (...) que usam a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester ou do Canadian Paediatric and Acuity Scale, por se encontrar adequado à especificidade da criança"¹.

O presente estudo pretende validar o sistema de Triagem Pediátrico Canadiano², em uso na Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de São João, Porto.

Materiais e Métodos

Estudo retrospectivo englobando 78.952 episódios de urgência ocorridos durante o período de um ano (de 1/04/2013 a 31/03/2014). São comparados os níveis de prioridade com alguns marcadores de gravidade: admissão ao internamento, a administração de medicação e o tempo de permanência na UP, desde a observação médica até à saída da UP.

Os dados foram analisados recorrendo ao qui-quadrado para as variáveis dicotómicas (administração de medicação e admissão ao internamento) e ao teste Kruskal-Wallis na variável "tempo de permanência na UP". O nível de significância utilizado foi 0,05.

Os dados foram exportados da base de dados do módulo de urgência do Sistema de Informação JOne.

Resultados

A tabela 1 apresenta dados demográficos da amostra constituída por 78952 episódios de urgência, sendo a mediana de idades das crianças, 7 anos.

Tabela 1 - Características demográficas

Idade	Sexo		Total
	Feminino % (n)	Masculino % (n)	
≤28 dias	46,0 (320)	54,0 (376)	696
[29, 365 dias]	46,4 (4168)	53,6 (4815)	8983
[1 ano, 3 anos]	44,8 (7342)	55,2 (9059)	16401
[3 anos, 6 anos]	44,7 (6610)	55,3 (8175)	14785
[6 anos, 11 anos]	44,4 (6982)	55,6 (8732)	15714
≥11 anos	51,3 (11484)	48,7 (10889)	22373
Total	46,7 (36906)	53,3 (42046)	78952

Figura 1 - Percentagem de episódios de urgência segundo o nível de prioridade

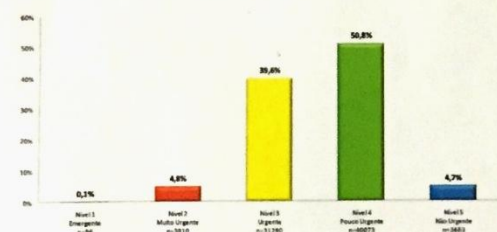


Figura 2 - Percentagem de crianças internadas segundo o nível de prioridade

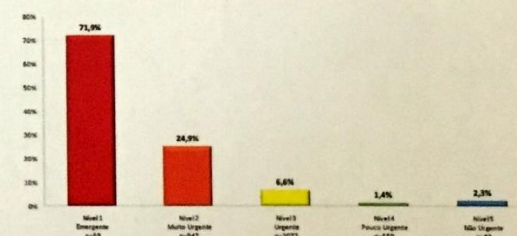


Figura 3 - Tempo de Permanência na UP segundo o nível de prioridade

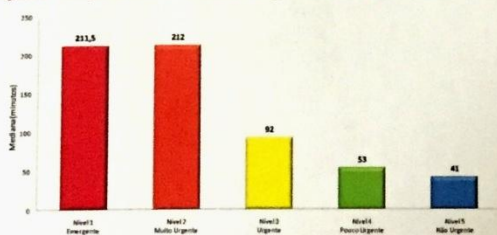
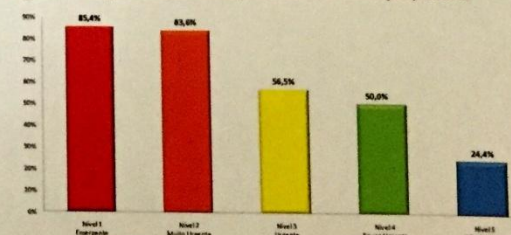


Figura 4 - Relação entre o nível de prioridade e a medicação prescrita



Discussão

Verificou-se uma percentagem de crianças internadas de prioridade azul superior à verde, o que se pode dever a internamentos para cirurgias programadas ou para realização de exames. Verificou-se, ainda, um tempo de permanência na UP superior no nível de prioridade laranja, o que se pode dever a um maior tempo de permanência dessas crianças na zona de observações da UP enquanto que as crianças no nível de prioridade vermelho poderão ser mais rapidamente internadas em intensivos.

Conclusão

Os resultados demonstram uma associação entre o nível de prioridade com a admissão ao internamento e com o tempo de permanência na UP, o que está em linha com o encontrado noutros estudos^{3,4,5} sugerindo que a Triagem Pediátrica Canadiana é um instrumento válido para a priorização do atendimento urgente na população pediátrica portuguesa.

1. Despacho nº 3762/2015 de 15 de abril de 2015. Diário da República nº 75/15 - III série. Ministério da Saúde. Lisboa.
2. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP). Canadian Triage and Acuity Scale. Consultado em 28 de Fevereiro de 2017, através de <http://http://caep.ca/resources>.
3. Fombrun, A. et al (2010). Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: assessment in a European pediatric emergency department. *Emergencias*, 22, 305-306.

Bibliografia

4. Sauer, J., Matroescu, S., & Aronow, M. (2007). Validity of the Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale in a tertiary care hospital. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11 (2), 19-28.
5. Jendryak, M. et al. (2008). Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: an emergency department quality indicator? *Clin J Emerg Med*, 5(2), 313-322.

Bibliografia:

Centro Hospitalar São João (CHSJ) - Serviço de Urgência de Pediatria. (2008). *Manual de Apoio à Triagem - Urgência pediátrica do Porto*.

Centro Hospitalar São João (CHSJ). (2015). Certificação da Triagem Canadiana da Urgência Pediátrica do HPI-CHSJ. Obtido de http://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=262

Anexo 2 - Ação de Educação para a Saúde: “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

Planeamento de sessão de educação para a saúde:

“Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”

Elaborado por Ana Luísa Mesquita

Sob orientação da Enfermeira Conceição Santa Martha, UCC de Matosinhos

1. Contextualização

No âmbito do Estágio de Saúde Infantil – Módulo I, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto a decorrer na UCC de Matosinhos, foi elaborada uma Ação de Educação para a Saúde no âmbito do Curso de Apoio à Parentalidade com o tema “Prevenção de Acidentes no Primeiro Ano de Vida”.

Os acidentes e as suas consequências constituem atualmente um grave problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), centenas de milhares de crianças e jovens morrem todos os anos vítimas de acidentes e violência, enquanto outros tantos milhões de crianças sofrem as consequências dos acidentes não fatais, ficando, por vezes, com sequelas para o resto da vida. Em todo o mundo diariamente mais de 2.000 famílias são destruídas pela perda de um filho devido a uma lesão não-intencional, a um acidente que poderia ter sido evitado. Na faixa etária inferior a 5 anos os acidentes domésticos são os mais frequentes. Os acidentes são também uma das principais causas de deficiência podendo ter um impacto duradouro sobre todas as fases da vida das

crianças. Segundo o relatório da OMS sobre a prevenção de traumatismos, lesões e ferimentos na criança, se houvesse uma adoção generalizada de medidas de prevenção, a vida de pelo menos 1000 crianças por ano poderia ser poupada (World Health Organization, 2008).

Assim, é essencial dotar os pais de competências para a prevenção de acidentes pois a segurança no espaço doméstico depende fundamentalmente deles e da adoção das medidas preventivas adequadas. O ambiente doméstico engloba toda a estrutura física, o comportamento da família e as atividades desenvolvidas no quotidiano que podem, em determinadas situações, constituir um fator de risco para a ocorrência de acidentes domésticos. No contexto familiar, as crianças estão mais vulneráveis a esses acidentes uma vez que as famílias supõem que conhecem muito bem o ambiente tornando-se menos vigilantes e propiciando a ocorrência dos acidentes domésticos. Por este motivo é necessário que a família, que é a principal responsável por promover a segurança e proteção das crianças, esteja consciente dos riscos e concretize medidas de prevenção adequadas.

O objetivo desta sessão será fornecer informação aos pais de forma a criarem ambientes seguros para que a criança tenha a oportunidade de desenvolver a sua autonomia sem riscos, e alertando-os para os possíveis perigos e medidas de prevenção.

2. Plano da sessão

Destinatários: Participantes do Curso de Preparação para a Parentalidade

Tema: Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida

Local: UCC Matosinhos

Formadora: Ana Luísa Mesquita, sob supervisão da Enfermeira Conceição Santa Martha

Data: 30 de novembro de 2015 **Hora:** 10h30 **Duração:** 40 minutos

Objetivo: Contribuir para a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida.

Objetivos específicos:

- ✓ Sensibilizar para a importância da prevenção dos acidentes no primeiro ano de vida;
- ✓ Dotar os pais de conhecimentos e competências para a prevenção de acidentes na 1ª infância

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia
Introdução	5 Minutos	- Apresentação dos formadores - Objetivos da sessão	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.
Desenvolvimento	25 Minutos	- Abordar os principais acidentes na 1ª Infância - Atuações preventivas face aos principais acidentes.	Expositivo e Participativo, Auxiliado por PowerPoint.
Conclusão	5 minutos	Realçar o conteúdo mais	Expositivo e



		importante;	Participativo, Auxiliado por PowerPoint.
Avaliação	5 minutos	Fornecimento de um questionário aos pais; Esclarecer dúvidas	Questionário de avaliação

3. Avaliação da sessão

Tema: Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida

Local: UCC Matosinhos

Data: 30 de novembro de 2015

Hora: 10h30m **Duração:** 40 min

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Apreciação global	Discorda totalmente	Discorda	Concorda	Concorda totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
2. Esta ação foi útil para o seu dia-a-dia				
3. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
4. Foram abordados todos os pontos que considera importantes.				
5. A duração da ação foi				

Comentários e sugestões de melhoria	

90

Teste Avaliação de Conhecimentos

Este teste serve para avaliação da formação realizada. Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) cada uma das seguintes afirmações:

1. **V** - O papel dos adultos é proporcionar um ambiente seguro às crianças.
2. **V** - É necessário apertar sempre os cintos internos da cadeira e colocar o cinto de segurança devidamente para que esta fique fixa, mesmo que seja uma viagem curta.
3. **V** - Antes de oferecer alimentos à criança, deve-se testar a sua temperatura.
4. **F** - Ao preparar o banho deve-se colocar primeiro a água quente e só depois a fria.
5. **V** - Basta um palmo de água para uma criança se afogar.
6. **F** - Deixar a criança sozinha a tomar banho é um modo de promover a autonomia.
7. **F** - Não existe problema em cozinhar com o bebé ao colo.
8. **F** - De modo a prevenir a asfixia, o bebé deve ser colocado de lado na cama, com os pés encostados ao fundo da cama, a roupa não deve cobrir a cabeça.
9. **V** - Deve-se manter fora do alcance e do olhar da criança todos os produtos tóxicos e medicamentos.
10. **F** - O uso de andarilhos é aconselhado.
11. **V** - O cinto de segurança deve ser sempre colocado quando sentar o bebé na cadeira alta de alimentação, esta deve estar encostada à parede e estável.
12. **V** - Não deixar o bebé sozinho perto de baldes, tanques ou piscina.
13. **V** - O carrinho do bebé deve ser travado quando parado.
14. **V** - Não se deve pendurar sacos nas pegadas do carrinho do bebé.
15. **F** - A melhor forma de prevenir acidentes é manter a criança fechada e limitar o máximo de movimentos.

4. Bibliografia

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2009). Vale a pena crescer em segurança. Lisboa: APSI.


Prevenção de acidentes no primeiro ano de vida



Elaborado por Ana Luisa Mesquita, aluna do Curso Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Sob orientação da Enfermeira Conceição Santa Marinha, UCC Matosinhos

Sumário

- Tipos de acidentes mais frequentes;
- Estratégias de prevenção de acidentes;



Sabia que os acidentes são a primeira causa de morte e deficiência nos primeiros anos de vida?

Sabia que a maioria desses acidentes são evitáveis?

quem cuida da criança está distraído ou não teve o cuidado de verificar se o ambiente é seguro.

A criança não entende o perigo quando está a explorar o que a rodeia

ACIDENTE

não é a criança que tem de mudar mas sim o ambiente.

Acidentes mais frequentes no primeiro ano de vida

- Quedas
- Asfixia
- Queimaduras
- Afogamentos
- Intoxicações



1º Mês

... No carro




- ✓ Utilize **cadeirinha própria** para o seu tamanho e peso, desde a saída da maternidade;
- ✓ Deve estar sempre **voltada para trás** e **corretamente instalada** no carro;
- ✓ Para evitar **QUEDAS**, se usar a cadeirinha fora do carro, coloque-a sempre no chão e mantenha os cintos apertados.



1º Mês

... Em casa

- ✓ Para evitar **QUEDAS** nunca deixe o seu bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá, nem mesmo "apenas por um segundo";
- ✓ Tenha sempre tudo à mão antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho ao bebé;
- ✓ Se utilizar uma **espreguiçadeira**, coloque-a sempre no chão e mantenha os cintos apertados.
- ✓ Para evitar **QUEIMADURAS**, mantenha sempre os líquidos quentes afastados da criança.



1º Mês

... A dormir

✓ O bebé deve ser **deitado de costas** e a roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé;

✓ Para evitar o perigo de **ASFIXIA**, retire a corrente da chupeta, não use almofadas, fralda e brinquedos dentro da cama



1º Mês

... A dormir

✓ Evite o uso de alcovas não rígidas.

✓ A **cama** deve ser estável e sólida. As grades devem ter no máximo 6 cm entre elas, com um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama.



1º Mês

... No banho

✓ Antes de começar verifique sempre a temperatura da água - comece por deitar primeiro a água fria e só depois a quente;

✓ Nunca deixe o bebé sozinho no banho.

✓ Nunca tenha o esquentador na casa-de-banho. Se for o caso, retire-o e coloque-o num local arejado.







1º Mês

... Ao biberão

✓ Antes de dar o biberão, verifique sempre a temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso.

✓ Não utilize o micro-ondas para o aquecer. Se o fizer, agite bem o biberão antes de ver se está quente.

✓ Dê o biberão sempre com o bebé no colo e nunca deitado.



A partir dos 2 - 3 Meses

... Em casa e no passeio

✓ O bebé ainda não se consegue virar sozinho, mas pode rebolar. Assim, para evitar **QUEDAS**, mantenha sempre uma mão em cima do bebé quando mudar a fralda.

✓ No carrinho de passeio e na espreguiçadeira, mantenha os cintos sempre apertados e trave o carrinho quando este estiver parado.

✓ Para evitar **QUEIMADURAS SOLARES** evite a exposição solar nas horas de maior calor e use o vestuário adequado.



A partir dos 4 – 5 Meses

... Em casa

✓ Os brinquedos devem ser macios, sem arestas, facilmente laváveis e para evitar **ASFIXIA** devem ser suficientemente grandes para que não possam ser engolidos.





A partir dos 4 – 5 Meses

... Em casa

- ✓ Transforme o chão num local seguro ou utilize parques, desde que cumpram as normas de segurança.
- ✓ No entanto nunca deixe a criança sozinha ou sem supervisão nestes espaços.



A partir dos 4 – 5 Meses

... A comer


- ✓ Antes de lhe dar as papas e/ou purés triture muito bem, sem deixar pedaços que o possam **ENGASGAR**;
- ✓ Certifique-se de que estão a uma temperatura razoável para evitar **QUEIMADURAS**;
- ✓ Evite o micro-ondas, se o utilizar mexa bem e confirme sempre a temperatura dos alimentos.



A partir dos 6 - 8 Meses

... Em casa

- ✓ Em breve, o seu bebé vai conseguir deslocar-se sozinho. Comece a preparar o ambiente que o bebé irá explorar.
- ✓ Comece por dar um passeio pela casa, mas com os seus olhos ao nível dos do bebé. Ponha-se de joelhos (não tenha vergonha...) e tente **detetar os perigos** que podem ameaçar o bebé ao nível do chão.



A partir dos 6 - 8 Meses

... Em casa

- ✓ Use **protetores de tomadas**;
- ✓ Elimine todos os fios soltos e extensões ou proteja-as;



A partir dos 6 - 8 Meses

... Em casa

- ✓ Tenha em atenção **objetos pequenos**, espalhados pelo chão, assim como sacos de plástico e balões, pois podem **SUFOCAR** a criança.



A partir dos 6 - 8 Meses

... Em casa

- ✓ Proteja as **lareiras**, radiadores e outras fontes de calor para evitar **QUEIMADURAS**;
- ✓ Coloque cancelas nas **escadas** no primeiro e no último degrau, para evitar **QUEDAS**.





A partir dos 6 - 8 Meses


... Em casa

- ✓ As janelas e as portas de acesso a varandas ou terraços, têm que ser protegidas com cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção.









A partir dos 6 - 8 Meses


... Em casa



- ✓ Nunca utilize andarilhos ("aranhas", "voadores"). Os andarilhos provocam muitos acidentes – quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça...
- ✓ Os andarilhos são muito perigosos e não ajudam a andar; pelo contrário, podem atrasar o desenvolvimento.







A partir dos 6 - 8 Meses


... Em casa



- ✓ Não deixe velas acesas ao alcance da criança;
- ✓ Proteja os cantos dos móveis;
- ✓ Não deixe o ferro de engomar ligado ou ainda quente ao alcance da criança. Atenção ao fio.







A partir dos 6 - 8 Meses


... Em casa



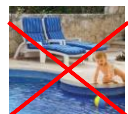
- ✓ Fixe bem objetos grandes e pesados (televisões, estantes, etc.);
- ✓ Se necessário coloque cancelas nas divisões mais perigosas






A partir dos 6 - 8 Meses


... Em casa

- ✓ Não deixe banheiras, alguidares ou baldes cheios com água ao alcance da criança.
- ✓ Lembre-se que basta meio palmo de água para uma criança se **AFOGAR**.
- ✓ Para as suas férias, prefira casas sem piscina ou com piscina vedada.
- ✓ Nunca deixe a criança sozinha junto de piscinas ou poços.

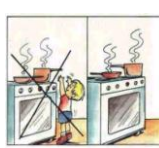

A partir dos 6 - 8 Meses



... Na cozinha


Atenção a:

- ✓ Fogão, forno e pegas de panelas/frigideiras;
- ✓ Objetos perigosos em cima das bancadas (facas, garfos, etc);
- ✓ Não dê alimentos duros e lisos (ex. amendoins ou frutos com caroço) pois podem **ENGASGAR** e sufocar.

NUNCA COZINHE COM O BEBÉ AO COLO









A partir dos 6 - 8 Meses


... A comer


- ✓ Na cadeira de comer ponha **sempre** o cinto e nunca o deixe sozinho;
- ✓ Se for uma cadeira alta, deve ser bem estável e estar **sempre encostada a uma parede**, de forma a não poder cair para trás;
- ✓ As cadeiras de encaixar na mesa devem ficar bem fixas, numa mesa estável, pesada e sem tampo de vidro.




A partir dos 6 - 8 Meses


... Na cozinha

- ✓ Para evitar **INTOXICAÇÕES**, sempre que comprar produtos tóxicos ou corrosivos, escolha aqueles que possuem **tampa de segurança**.
- ✓ Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, **fora do alcance e do olhar das crianças**.




A partir dos 9 - 12 Meses


... No carro


- ✓ É possível que, antes de ter um ano, o bebé já não caiba bem na cadeira de recém-nascido;
- ✓ No entanto, deverá continuar a viajar **voltado para trás** até o mais tarde possível, estando recomendado até aos 3/4 anos.
- ✓ Se tiver que mudar de cadeira utilize uma que esteja de acordo com as normas recomendadas ao seu peso/idade.




Lembre-se


- ✓ Criar um ambiente seguro **não é** "fechar o bebé a sete chaves" ou mantê-lo "numa redoma".
- ✓ O bebé tem que se desenvolver e explorar o mundo, deve permitir-lhe a **maior liberdade** de movimentos;
- ✓ Para as crianças, todas as coisas são brinquedos e tudo é brincadeira.
- ✓ Não são elas que estão erradas mas sim o ambiente mal adaptado que construímos à sua volta.



Os acidentes com as crianças podem ser evitados... e quem os pode evitar são os adultos: somos NÓS!






Obrigada!





CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Bibliografia

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2009). Vale a pena crescer em segurança. Lisboa: APSI.

Anexo 3- Escala de avaliação da dor EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né)

IDENTIFICAÇÃO						DATA	
	0	1	2		HORA		
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageliras: sobrancelhas franzidas / lábios contralidos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	3	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada		
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se		Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel		
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado		Não adormece		
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação		Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação		
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente		Inconsolável. Sucção desesperada		
PONTUAÇÃO TOTAL							

Fonte: Direção Geral De Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.

Anexo 4 - Ação de Educação para a Saúde – “ Saúde Oral”

1. Planeamento da sessão

<p><u>Local de Realização:</u> Jardim de Infância Associação Batista AGAPE</p> <p><u>Data:</u> 3 e 4 de dezembro de 2015</p> <p><u>Hora:</u> 11h às 12h</p> <p><u>Duração:</u> 60min</p> <p><u>Público-Alvo:</u> Crianças entre os 3 e os 5 anos</p> <p><u>Formadores/Equipa de Intervenção:</u> Ana Luísa Mesquita sob orientação das Enfermeiras Marta Valadar e Paula Santos</p>	<p><u>Objetivos gerais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover conhecimento sobre saúde oral. <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar as crianças sobre a importância do cuidado na saúde oral; - Promover conhecimento sobre o número e os tipos de dentes e respetivas funções; - Promover conhecimento sobre os alimentos cariogénicos e cariostáticos; - Promover conhecimento sobre a realização da escovagem dos dentes; - Reforçar a importância da escovagem dos dentes; - Promover conhecimento sobre o acondicionamento e troca da escova de dentes; - Promover conhecimento sobre as implicações da má higiene oral; - Promover conhecimento sobre a frequência das visitas regulares ao dentista e da importância de realizar essas visitas.
---	---

Fases	Duração	Conteúdo	Método/Estratégia	Recursos
<u>Introdução</u>	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos dinamizadores; - Apresentação do tema da sessão. 	Método interativo	

<u>Desenvolvimento</u>	40 min	<p>- Execução do teatro de fantoches intitulado “Lavar os dentes é fixe”, no qual serão abordados os seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Função da boca; > Número, tipo de dentes e respetivas funções; > Alimentos cariogénicos e alimentos cariostáticos; > Importância da pasta de dentes; > Cuidados com o acondicionamento e troca da escova; > Técnica de escovagem dos dentes; > Visitas regulares ao dentista. 	<p>Método expositivo</p> <p>Método interativo - Dramatização</p> <p>Musica/dança</p>	<p>- Fantoches;</p> <p>- Boca e escova para demonstração da escovagem dos dentes.</p>
<u>Conclusão</u>	10 min	- Síntese dos temas abordados na sessão com recurso	Método interativo	

		a uma música sobre higiene oral.		
<u>Avaliação</u> (2º dia)	2h	- Realização de treino de escovagem para avaliar a efetividade da sessão do dia anterior.	Método interativo	
<u>Após a sessão</u>		- Entrega do diploma; - Entrega das medalhas; - Entrega de um desenho para colorir		

2. Enquadramento teórico

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam. A intervenção de promoção da saúde oral, que se desenvolve ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, consolida-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Escolar.

Dos 3 aos 6 anos de idade a criança vai adquirindo uma progressiva autonomia pelo que o exemplo dos pais é da maior relevância. Na sua tentativa de imitação, a criança, vai adquirindo o hábito da higiene oral. Por isso, nesta fase deve-se fomentar o início da

escovagem dos dentes. A escovagem dos dentes, deve ser realizada ou supervisionada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança.

A qualidade da alimentação é determinante para a maturação orgânica e a saúde física e psicossocial. Nesta fase, a criança adquire muitos dos comportamentos alimentares e muitos dos erros nutricionais do adulto. A diversidade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação das necessidades do organismo em nutrientes e evitar o excesso de ingestão de substâncias com riscos para a saúde. Desaconselha-se o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições.

Todas as crianças que frequentam os Jardins-de-infância devem fazer uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de educação, sendo esta atividade particularmente importante para as que vivem em zonas mais desfavorecidas e apresentam cárie dentária. A escovagem dos dentes no Jardim-de-infância tem por objetivo a responsabilização progressiva da criança pelo autocuidado de higiene oral. Esta atividade deverá estar integrada no projeto educativo do Jardim-de-infância e ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância. As equipas de saúde escolar deverão apoiar a elaboração do projeto, melhorar as competências dos educadores, professores e pais, sobre saúde oral, bem como orientar o desenvolvimento desta atividade.

A escovagem dos dentes deve ser efetuada com uma escova de tamanho adequado à boca da criança. Habitualmente, as embalagens referem as idades a que se destinam. Os filamentos devem ser de nylon com extremidades arredondadas e textura macia, que quando começam a ficar deformados, obrigam à substituição da escova. Normalmente, a escova quando utilizada 2 vezes por dia dura cerca de 3-4 meses. O dentífrico a utilizar deve conter fluoreto numa dosagem de cerca de 1000-1500 ppm. A quantidade a utilizar em cada uma das escovagens deve ser semelhante (ou inferior) ao tamanho da unha do 5º dedo (dedo mindinho) da mão da criança. Os dentífricos com sabores muito atrativos não se recomendam, porque podem levar as crianças a engoli-lo deliberadamente. Até aos 6 anos, aproximadamente, o dentífrico deve ser colocado na escova por um adulto. Após a

escovagem dos dentes é apenas necessário cuspir o excesso de dentífrico, podendo, no entanto bochechar-se com um pouco de água.

O conceito de intransmissibilidade da escova de dentes deve ser reforçado junto das crianças. Se as escovas ficarem na escola é essencial que estejam identificadas. Também se devem identificar os dentífricos. Cada aluno deverá ter o seu próprio dentífrico e copo. As escovas guardam-se num local seco e arejado, de modo a que os pelos fiquem virados para cima, e não contactem umas com as outras. Cada escova pode ser colocada dentro do copo, num suporte acrílico, ou outro material resistente à água em local seco e arejado. Dentífricos e escovas devem estar fora do alcance das crianças, para evitar a troca ou ingestão acidental de dentífrico.

A escovagem dos dentes deve ser feita diariamente no jardim-de-infância e na escola, após o almoço, à entrada na sala de aula ou após o intervalo. As crianças poderão escovar os dentes na casa de banho, no refeitório ou na própria sala de aula.

A escovagem dos dentes, para ser eficaz, ou seja, para remover a placa bacteriana, necessita ser feita com rigor e demora 2 a 3 minutos. Quando se utiliza uma escova manual, a escovagem faz-se da seguinte forma:

- Inclinar a escova em direção à gengiva (cerca de 45º) e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o sulco gengival (espaço que fica entre o dente e a gengiva);
- Se for difícil manter esta posição, colocar os pêlos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente;
- Escovar 2 dentes de cada vez (os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova), fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 caso sejam crianças até aos 6 anos) nas superfícies dentárias abarcadas pela escova;
- Começar a escovagem pela superfície externa (do lado da bochecha) do dente mais posterior de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar;
- Com a mesma sequência, escovar as superfícies dentárias do lado da língua;
- Proceder do mesmo modo para fazer a escovagem dos dentes do outro maxilar;

- Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes, com movimentos de vaivém;
- Por fim pode escovar-se a língua.

3. Bibliografia:

Direção Geral da Saúde. (2005). Circular Normativa N.º 1/DSE de 18/01/05 - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa.

Guião Teatro de Fantoches - “Lavar os dentes é fixe”

Dente bom: Olá meninos. Sabem quem eu sou? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

Sou o Senhor Dentinho!

Quem Sabe onde moro? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

Vou mostrar-vos onde moro. Vou chamar a Boca Risinhos. “Booocaaaa...”
(entra a enfermeira com a boca)

Apresento-vos a minha casa a boca Risinhos. Aqui é a língua... Aqui são os meus primos dentes e à nossa volta estão as gengivas! O teto da minha casa é o palato que é conhecido como o céu-da-boca. (a enfermeira aponta no molde enquanto ouve a descrição)

Então e para que serve a boca, sabem? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

A boca serve para falar, sorrir, mastigar, saborear. Eu e os meus primos dentes somos muito trabalhadores. E dependendo dos nossos trabalhos temos nomes diferentes e funções diferentes.

Os primos que se chamam incisivos servem para cortar. Eles moram à frente e são 8. 4 Em cima e 4 em baixo. Os primos caninos servem para rasgar e por isso são parecidos com uma agulha. Eles moram a seguir aos incisivos e são 4, 2 em cima e 2 em baixo. Um de cada lado. Os primos pré-molares servem para esmagar. Eles moram atrás dos caninos. São 8. 4 Em cima e 4 em baixo. 2 De cada lado. Os primos molares servem para esmagar. Eles moram bem lá atrás. São 8. 4 Em cima e 4 em baixo. 2 De cada lado.

Vocês sabiam que quando os bebés nascem não têm dentes. Os primeiros dentes nascem a partir dos 6 meses chamam-se dentes de leite e são 20. A partir dos seis anos os dentes de leite começam a cair e nascem os dentes definitivos que vão ficar na boca para sempre, estes são 32.

(Chega o Denturra “Dente mau” a cambalear e queixoso)

Dente bom: Olá primo Denturra. Estás tão triste e feio. Parece que estás doente!

Dente mau: Sim! Estou muito triste. Querem saber porquê? (questionar á turma e esperar pela resposta)

Dente bom: Sim queremos, eu e os meninos estamos preocupados contigo Denturra!

Dente mau: Os meus primos dentes estão sempre a dizer que eu cheiro mal e que estou muito amarelo.

Dente bom: Estás amarelo porque tens placa bacteriana.

Dente mau: Placa bacteriana? E o que é isso?

Dente bom: A placa bacteriana é formada por restos de comida, saliva e bactérias e se não te lavarem bem, as bactérias ficam agarradas a ti e escavam buraquinhos que se chamam caries. Por isso é que é importante escovarem-te todos os dias, de manhã, a seguir ao pequeno-almoço, e à noite, antes de ir para a cama.

Dente mau: E com o que é que me escovam? Será que os meninos sabem? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

Dente bom: É com uma escova e pasta dos dentes. E já agora os meninos acham que podem emprestar a escova aos outros amigos? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

Não! A escova não pode ser emprestada a ninguém. E tu tens que ter uma escova só para ti.

Dente mau: E como é essa escova senhor Dentinho?

Dente bom: A escova tem de ser adequada ao tamanho da tua boca e ser macia. Não te esqueças que deves mudar de escova quando ela estiver estragada ou então a cada estação do ano.

Dente mau: Então e como é que me escovo a mim e á minha casinha, ensinas-me?

Dente bom: Sim, claro que ensino. É importante saber escovar bem os dentes.

Primeiro colocas a pasta na escova. Os meninos acham que deve ser muita ou pouca? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

A pasta que devem colocar na escova de dentes tem de ser do tamanho da unha do dedo mindinho.

Para além disso a pasta que deves usar deve ter 1000 a 1500 partes por milhão de flúor. Podes pedir a um adulto que te diga se a tua pasta tem 1500 partes por milhão de flúor.

Dente mau: Flor? ãh? Uma pasta de dentes com flores?

Dente bom: Não Denturra! FLUOR!

Dente mau: Mas então o que é isso do fluor?

Dente bom: O fluor é um escudo que protege os dentes.

Dente mau: Ahhh! Então é bom para mim! E depois o que fazemos?

Dente bom: A minha amiga enfermeira vai-nos ensinar a escovar os dentes.

Enfermeira: Olá Senhor dentinho e Denturra. Bom dia meninos. Estão bons?
(Questionar a turma e esperar pela resposta)

Vamos lá ver como se escova os dentes! (com o molde da boca e escova de dentes demonstra-se os movimentos)

Primeiro apontam escova de dentes para a gengiva e fazem pequenos movimentos em forma de círculo ou vaivém.

Vão escovando 2 dentes de cada vez, fazendo 5 movimentos em cada um

Começam por fora, no último dente bem lá atrás e percorrem os dentes até ao outro lado. Ora contem comigo “1 – 2 – 3 – 4 -5”.

Agora repetem os mesmos movimentos no lado da língua. Ora ajudem-me lá “1-2-3-4-5”. Para além disto o outro passo que devemos fazer é escovar as

superfícies mastigatórias. Sabem o que são as superfícies mastigatórias? (Questionar a turma e esperar pela resposta) São as partes dos dentes que esmagam os alimentos. Nesta parte devemos fazer movimentos para a frente e para trás. Ora ajudem-me “para a frente e para trás”

Agora o mesmo que fizemos em cima, fazemos em baixo, começamos aqui em baixo no último dente bem cá atrás e percorremos os dentes até ao outro lado. Ora contem comigo “1 – 2 – 3 – 4 -5”. Fazemos isto nos dentes de cima, depois nos dentes de baixo, e claro não se podem esquecer das partes que mastigam os dentes.

No fim de tudo sabem o que devemos escovar? (Questionar a turma e esperar pela resposta). Devemos escovar a língua... como se estivéssemos a varrer a língua.

No fim cuspiamos o resto de pasta que fica na boca, e atenção! Sem bochechar com água. Sabem porquê? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

Porque assim se bochecharmos com água não deixamos o escudo fluor atuar.

Dente bom: Obrigada enfermeira. Até qualquer dia. Ficaram a perceber meninos?

Para não ficares doente e feio também é importante teres cuidado com a alimentação. Há alimentos que fazem mal aos dentinhos

Dente mau: Ai sim? E quais são?

Dente bom: Os doces, por exemplo, fazem-te ficar doente e ganhar caries, mas também tens que ter muito cuidado com os refrigerantes e com as gorduras.

Isto não quer dizer que nunca possas comer estes alimentos, só deves come-los em festa e não te podes esquecer que deves ser lavado depois. Todos estes alimentos são chamados de Cariogénicos!

Dente mau: Cario...quê??

Dente bom: Cariogénicos! Ora repitam comigo CA-RI-O-GÉ-NI-COS! Muito bem!

E já agora, sabem como se chamam os alimentos que ajudam a prevenir as cáries? (Questionar a turma e esperar pela resposta)

Chamam-se Carioestáticos! E são os minerais que podemos encontrar no peixe, o cálcio no leite ou até mesmo o fluor nas nossas pastas! São alimentos que não deixam as cáries crescer!

Dente mau: O quê? São só nomes esquisitos!

Dente bom: Meninos, e tu também Denturra, repitam comigo CA-RI-O-ES-TÁ-TI-COS!

Muito bem meninos!

Dente mau: Obrigado Senhor Dentinho! Agora já sei o que devo fazer para me manter limpo e branquinho. Já posso ir brincar agora?

Dente bom: Calma, já vamos Denturra, antes tenho de te avisar que para além de escovares os dentes todos os dias e teres cuidado com a alimentação, deves fazer visitas regulares ao dentista de 6 em 6 meses.

Ah quase que me esquecia! Atenção meninos, temos que ter cuidado com as nossas brincadeiras, para não cairmos porque podemos partir os dentes e se partirmos os dentes definitivos eles não voltam a crescer.

Vá, anda lá vamos brincar agora Denturra, que os meninos vão brincar com as enfermeiras.

Adeus meninos até á próxima.

Denturra: Adeus meninos!

Música da Escovagem dos Dentes

Ritmo: Para bailar la bamba

Para escovar os dentinhos
Para escovar os dentinhos
Só é preciso uma escova e pasta
Uma pasta com fluor para escovar, escovar e escovar.
Dois dentinhos
De cada vez
Cinco vezes
As voltinhas
Fora e dentro
E onde tu mastigas
Mas não te esqueças
Da tua língua.
Para escovar os dentinhos
Para escovar os dentinhos
Só é preciso uma escova e pasta,
Uma escova e pasta
Só para ti!
Só para ti!
Só para ti!

Anexo 5- Escala Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS)

Versión en castellano Escala Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS)

Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)				
Subescala	Definición Operativa			
Condición física General	1. Muy pobre (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	2. Edad gestacional > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	3. Edad gestacional > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	4. Edad gestacional > 38 semanas hasta postérmino.
Estado mental	1. Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. Muy limitado. Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	3. Ligeramente limitado. Letárgico.	4. Sin limitaciones. Alerta y activo.
Movilidad	1. Completamente inmóvil. No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	2. Muy limitada. Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	3. Ligeramente limitada. Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4. Sin limitaciones. Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
Actividad	1. Completamente encamado/a. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	2. Encamado/a. En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones. En una cuna abierta.
Nutrición	1. Muy deficiente. En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	2. Inadecuada. Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	3. Adecuada. Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente. Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
Humedad	1. Piel constantemente húmeda. La piel está mojada/húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	2. Piel húmeda. La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda. La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	4. Piel rara vez húmeda. La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.

© Haffines B & Logsdon. 1997.


Versión en castellano: García-Molina P. 2012.

Fonte: Skin, N., Assessment, R., & Nsras, S. (2012). Versión en castellano Escala Neonatal Skin Risk Assessment (NSRAS), 2012.

Anexo 6 – Formação em serviço – “A disciplina na primeira infância”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “A Disciplina na Primeira Infância”

ULSM, USF HORIZONTE, JANEIRO, 2016

1. Plano da formação

FORMAÇÃO	“A disciplina na primeira infância”
ENQUADRAMENTO / DESTINATÁRIOS	
<p>A disciplina constitui uma peça fundamental na formação comportamental das crianças. O papel do enfermeiro nesta área consiste em dotar os pais de competências para lidar com problemas de disciplina e evitar desvios de comportamento. A problemática da disciplina é atualmente um fator de ansiedade para a maioria dos pais, pois sentem receio em não desempenhar adequadamente o seu papel parental, sendo que o apoio e as orientações dos profissionais de saúde são importantes para contribuir para um desenvolvimento adequado do papel parental e consequentemente das próprias crianças.</p> <p>Como tal, no âmbito do Estágio de Saúde Infantil – Módulo I, do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto a equipa de enfermagem da USF Horizonte onde realizei o estágio deste módulo considerou pertinente a realização de uma formação aberta a toda a equipa sobre esta temática.</p>	

OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Gerais:

- ✓ Adquirir conhecimentos sobre disciplina na primeira infância.
- ✓ Promover a reflexão sobre a atuação do enfermeiro na área da disciplina.

Específicos:

- ✓ Definir o conceito de disciplina;
- ✓ Apresentar os diferentes pontos de referência da disciplina de acordo com a faixa etária;
- ✓ Identificar as diferentes abordagens da disciplina;
- ✓ Refletir sobre o papel do enfermeiro no apoio ao papel parental.

METODOLOGIAS

Será utilizado o método expositivo, onde se fará uma abordagem teórica do tema. Posteriormente dar-se-á espaço para a colocação de questões e partilha de experiências.

PROGRAMA

- O que é a disciplina
- A disciplina e as fases de desenvolvimento:
 - Primeiros 6 meses
 - Dos 7 aos 8 meses

- Dos 9 aos 12 meses
- Dos 12 aos 14 meses
- O segundo ano de vida
 - Formas de disciplina
 - Problemas de disciplina mais comuns

LOCAL, DATA E DURAÇÃO

A formação decorrerá na sala de formação da USF Horizonte, no dia 21 de janeiro de 2016

FORMADOR

Ana Luísa Mesquita – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto, sob orientação da Docente Isabel Quelhas e tutoria da Enfermeira Liliana Magalhães.

2. Contextualização Teórica

O que é a disciplina?

A seguir ao amor a disciplina é o maior bem que os pais devem dar aos seus filhos. No entanto ela envolve questões muito difíceis. Em que idade se deve começar a disciplinar? O que é ser demasiado ríspido? Deve-se usar castigos? Quais? Estas várias questões são as preocupações comuns de todos os pais, pelo que é

fundamental para fazê-los compreender que impor limites e regras é essencial para o desenvolvimento da criança, mas fazê-lo sempre de forma consistente e eficaz é uma tarefa difícil (Brazelton, 1993). Todos os pais desejam ter filhos “bem comportados”, mas a forma de o fazer é a grande dúvida. Têm muito receio se estão a ser demasiado castradores ou demasiado liberais, pelo que manter o equilíbrio é a tarefa mais difícil. Os pais atualmente preocupam-se muito com a questão da disciplina pois é uma questão com a qual eles se confrontam durante todo o crescimento dos filhos.

As crianças precisam de limites para se sentirem seguras, pois é uma forma de se sentirem amadas quando os pais se preocupam em lhe impor esses limites. Ao estabelecer durante os primeiros anos de vida da criança limites firmes, mas carinhosos, os pais vão ajudá-la a formar os padrões internos de que irá necessitar ao longo de toda a sua vida. As oportunidades para disciplinar uma criança surgem desde muito cedo, desde o nascimento da criança (Brazelton & Sparrow, 2003).

A disciplina que incutimos nas crianças é um reflexo dos valores sociais, pois como pais serão responsabilizados pelo comportamento considerado menos adequado, e forma de educação que é dada às crianças será sempre julgada pelos outros. Na nossa sociedade os pais e os profissionais que lidam com as crianças precisam entender que as práticas disciplinadoras são determinadas pela cultura e seguem os valores e as tradições dessa mesma cultura. A disciplina tem que ser adaptada à criança e deve ser feita de forma equilibrada. É necessário que as regras e expectativas estabelecidas sejam claras e consistentes, bem como as consequências do seu desrespeito devem ser fitas com firmeza. É importante compreender as motivações da criança, aquilo que em cada faixa etária ela é capaz de sentir e compreender. Durante o desenvolvimento dos seus filhos os pais vão

reconhecer o quanto é gratificante educar uma criança emocionalmente competente e moralmente desenvolvida do que apenas educar uma criança obediente (Brazelton & Sparrow, 2003).

Durante os primeiros anos de vida da criança a disciplina é sinónimo de aprendizagem, existindo ao longo do seu desenvolvimento diversas oportunidades para essa aprendizagem. A disciplina tem um papel fundamental nas conquistas das crianças, tais como (Brazelton & Sparrow, 2003):

- O autocontrolo – reconhecer os seus próprios impulsos e a forma como se desencadeiam, como podem magoar os outros e como os controlar;
- O reconhecimento dos seus sentimentos – como os identificar, expressar ou manter escondidos se necessário;
- A perceção dos sentimentos dos outros – preocupar-se com aquilo que eles sentem e reconhecer o efeito que os seus atos têm sobre os outros;
- O desenvolvimento de um sentido de justiça e a motivação para se comportar de forma justa;
- O altruísmo – a descoberta da alegria de dar e até fazer sacrifício pelo bem dos outros.

Se aquisição destas capacidades não foi feita nos primeiros anos de vida a sua posterior aquisição será mais difícil.

Os fundamentos da disciplina:

Os primeiros 6 meses

Desde que nasce o bebé aprende a usar os estados de sono e de alerta, o choro e as birras, para ajustar as suas necessidades ao ambiente que o rodeia. Ao longo do tempo a criança vai aprendendo a adormecer para recuperar energia ou para se proteger das luzes e dos barulhos. Vai aprender a chorar para dar transmitir as suas necessidades. Cada bebé vai começar desde o início a organizar-se tentando alcançar o equilíbrio de diferentes formas. Alguns bebés aprendem a acalmar-se colocando um dedo na boca enquanto outros precisam que lhes peguem ao colo ou os embalem para conseguir acalmar. Estes momentos são provavelmente o princípio da disciplina e da autodisciplina, pois desde cedo aprendem a lidar com o choro como ponto de partida para enfrentar os impulsos e sentimentos (Brazelton & Sparrow, 2003).

Muito antes da ideia de disciplina surgir na cabeça dos pais, eles começam desde cedo a incentivar um bebé de 3 meses a utilizar os seus próprios recursos para adormecer, para aumentar os intervalos entre refeições, para acalmar em momentos de frustração ou para se entreter quando está aborrecido. Este padrão de comportamento que é incutido desde cedo inconscientemente pelos pais constituem a base da disciplina e da capacidade da criança a aceitar, a partir desse momento o bebé começa a aprender a utilizar os seus próprios recursos para se adaptar ao mundo (Brazelton & Sparrow, 2003).

Dos 7 aos 8 meses

A partir desta idade a necessidade de limites começa a sentir-se, pois um bebé que começa a gatinhar está sedento de disciplina. Encontra-se dividido entre a exploração de um novo território e os avisos dos pais, tais como “não vás para aí”, “ cuidado com o fogão”. A criança começa a aprender quais são os limites e a desafiá-los, conseguem reconhecer no rosto dos pais a mensagem de “volta para

aqui” mas ao mesmo tempo a gatinham na direção oposta, sabendo que os pais vão correr atrás dela. As regras de segurança são as primeiras lições a incutir no bebé.

É também nesta idade que as crianças prendem uma nova função para os dedos: apontar. A partir deste momento basta esticarem o indicador para expressar um “dá-me aquilo”. Isto faz com que os pais encantados por agora conseguirem entender o que a criança quer transmitir colocam-se inteiramente à sua disposição, no entanto é muito importante compreender que vai chegar uma altura em que vão ter que dizer “não te posso dar isso”. Esta tomada de posição da parte dos pais vai ajudar a criança a encarar e a dominar a frustração, e isto é disciplinar (Brazelton & Sparrow, 2003).

Nesta fase muitos pais questionam-se se é possível “estragar uma criança com mimos”, mas segundo Brazelton uma criança mimada é aquela que é muito ansiosa e precisa de ser disciplinada, pelo que não há motivo para os pais acharem que estão a dar a um bebé demasiado amor e atenção. Se ninguém o fizer ela irá continuar a sentir essa necessidade de afeto e nos meses seguintes o seu comportamento vai ser claramente um apelo a isso. É necessário estabelecer os limites desde o início. Sempre que uma criança gatinha pela primeira vez em direção a um fogão, por exemplo, ela olha em volta para confirmar que está a ser observada, e nesse momento os pais devem afastá-la de lá e/ou distraí-la. A disciplina é uma das responsabilidades dos pais, devendo estabelecer limites firmes desde cedo de modo a que as crianças os possam apreender, esta é uma tarefa difícil que demora anos, pelo que é importante apoiar os pais para não se sentirem frustrados (Brazelton, 1993).

Nunca o mimo estraga uma criança – o que estraga é o desamor, o desamparo, a negligência, o desprezo, o não provimento das necessidades básicas e irredutíveis da criança. Mimo é a expressão major do amor oblato, ou seja, do que se dá “apenas porque sim”, e não de chantagens, negócios, estratégias de poder, etc. (Cordeiro, 2014).

Segundo o pediatra Mário Cordeiro o mimo é a expressão desinteressada do afeto e do amor, por isso defende que não existe mimo a mais. Salienta ainda que atualmente “o problema é estragar as crianças com excesso de coisas, tentando comprar os seus afetos. Mas isso não é mimo; é má educação” (Cordeiro, 2014).

A partir dos 9 a 12 meses

Esta é a fase em que as crianças começam a testar os pais. As mensagens dos pais devem ser claras e consistentes, na mesma situação a resposta deve ser sempre a mesma. As crianças precisam que os pais lhes digam “não” até que a lição seja aprendida e já não precise ser testada. Vão aprender por repetição. Isto leva muitas vezes à frustração dos pais pois as crianças adotam determinado comportamento repetidamente só para ouvir um “não”, elas fazem isto para testar os pais. É uma forma de testar se - é sempre “não”? Ou é “não” só se for dito de determinada forma? Será que é na sala mas na cozinha já não é “não”? Talvez seja “não” à primeira, segunda e terceira, mas à quinta vez já não seja. As crianças tentam perceber se a sua insistência pode ser recompensada (Brazelton & Sparrow, 2003). O contexto em que o “não” é dito, por quem é dito, a forma como é dito, influencia a forma de compreensão desse mesmo “não” da parte da criança, pelo que a coerência, a clareza, a consistência e a repetição são fundamentais para fazer a criança aprender quais os seus limites.

Segundo Mário Cordeiro é importante que se diga “não”, várias vezes, quando é um “não”, adequado e justo, é a melhor forma de a criança aprender a viver com a frustração, e não ficar uma pessoa egoísta, narcisista e onipotente. Agora, entre o “não” sem explicações e que humilha e sacode, e o “não” em que se dão justificações, se ensina, se acarinha e se arranja uma alternativa e um plano B, C ou D, deve-se decididamente optar pelo segundo (Cordeiro, 2014).

Dos 12 aos 14 meses

Nesta idade as crianças começam a andar e sentem-se encantadas e ao mesmo tempo assustadas com a sua nova capacidade de se mobilizarem. É nesta altura que os pais percebem a importância da disciplina quando as crianças descobrem as suas novas capacidades mas ainda não se sentem seguras para as utilizar com segurança. Quer os pais quer as crianças vão definir um padrão de comportamento que vai servir de referência para o futuro (Brazelton & Sparrow, 2003).

Esta é também a fase das birras. A criança começa a perceber que pode fazer as suas próprias escolhas. O seu desejo por alguma coisa é tão grande que empenha-se tanto para o conseguir, pelo que a frustração de não ter o que deseja faz com que se atire para o chão e comece a gritar, sendo um modo de testar os limites da tolerância dos pais mas também a faz ficar assustada. A criança vai precisar aprender a controlar-se sozinha. A presença dos pais pode intensificar a birra, mas eles têm o papel de a ajudar a acalmar-se, por exemplo, “toma o teu ursinho, ele não gosta de te ver a chorar, dá-lhe um abraço”. Neste momento os pais acalmam a criança, mas o ursinho ensina-a a acalmar-se sozinha. Na maioria das situações a presença dos pais não faz parar a birra. A sua presença está a transmitir-lhes “tu não te consegues controlar sozinha”, mas por outro lado ao afastarem-se estão a

dizer-lhe “tu és capaz de te controlar sozinha”. É importante ter atenção ao contexto em que ocorre a birra, pelo que os pais só se devem afastar se a criança estiver num ambiente seguro. Se isto acontecer é muitas vezes preciso pegar-lhe ao colo, olhá-la nos olhos, e muitas vezes conter-lhe os movimentos sem nunca a magoar. Prender a criança para parar a birra deve ser o último recurso, devendo ser usado quando ela está demasiado descontrolada, pelo que é muito importante que os pais mantenham a calma, falem em tom suave, embalá-la se necessário de modo a ela aprender a acalmar-se. Quando finalmente se acalmar os pais devem falar com ela, dizer-lhe o que deve fazer para conseguir sossegar. Estes aspetos fazem com que a criança se sinta protegida e comece a ficar pronta para deixar de fazer birras. Ela vai aprender a autocontrolar-se e a autodisciplinar-se, que é um dos objetivos da disciplina (Brazelton & Sparrow, 2003).

É importante reter que não é possível evitar birras depois de elas começarem, por isso os pais não devem tentar fazê-lo. Não devem atirar-se para o chão junto com a criança ou agarrá-la à força para a deter, pois quanto mais se envolverem na birra mais tempo ela irá durar. É suficiente certificarem-se que se ela não se vai magoar e deixá-la sozinha, pois em breve com o afastamento dos pais a birra acalmará. Quando estiver mais calma os pais devem voltar a aproximar-se da criança e acarinhá-la, explicando-lhe o porquê de se terem afastado a importância de se controlarem (Brazelton, 1993).

Diante duma birra os pais falham quando não definem regras claras para as crianças se orientarem, quanto menos as regras são coerentes e constantes mais as crianças se tornam teimosas, e quanto mais teimosas mais birrentas (Sá, 2013).

As birras são sinónimo de paixão. Nunca devemos esquecer que “não há crianças nervosas; há é, antes, pais com os nervos em franja. Ou, se preferir, nunca é tarde

para reconhecer que por trás duma criança difícil há sempre um adulto em dificuldades!” (Sá, 2013).

O segundo ano de vida

Nesta fase a criança descobre a causa e o efeito, que uma coisa causa a outra, no entanto ainda tem dificuldade em usar o que aprendeu sobre as causas e os efeitos de modo a controlar os seus impulsos. Para uma criança pequena controlar os impulsos é uma tarefa muito complicada, pois o mundo não faz sentido se não lhe puderem tocar, subir para cima ou saborear. Esta é uma fase que leva os pais à exaustão pois sabem que têm de estar sempre presentes para tentar travar esse espírito explorador. Assim a disciplina pode ser feita explicando as coisas por palavras, mas isto não impede que ela tenha esse comportamento repetidamente. É necessário que os pais peguem nas crianças pela mão para travar qualquer ação indesejada (Brazelton & Sparrow, 2003).

De acordo com Brazelton existem algumas estratégias que podem ser utilizadas para ensinar uma criança pequena a controlar os seus impulsos, tais como (Brazelton & Sparrow, 2003):

- Captar a atenção da criança;
- Explicar-lhe claramente que não pode agir de acordo com os seus impulsos;
- Se necessário deve-se impedir fisicamente a criança de fazer o que lhe foi proibido;
- Sempre que possível dar-lhe uma alternativa;
- Fazer da alternativa uma oferta do tipo “pegar ou largar” e não uma negociação;
- Não desistir até ter conseguido atingir o objetivo;
- Procurar entender a frustração e tristeza da criança;

- Ajudar a criança a compreender o motivo pelo qual o desejo não pode realizar-se;
- Acarinho a criança e ajude-a a acreditar que pode aos poucos aprender a controlar-se;
- Quando o dia foi feito de “nãos” procure alguma coisa em que possa dizer sim;
- Não encare o comportamento da criança como um ataque pessoal;
- Partilhar a responsabilidade da disciplina com os outros adultos que lidam com a criança.

Grande parte dos pais acha erradamente que não estão a amar um filho ao castigá-lo, mas a verdade é que *“quando se castiga de uma forma justa e equilibrada estamos perante um ato de amor. E atenção: se não fizermos nada, estamos a construir pessoas perigosas para os outros e para si próprias”* (Cordeiro, 2014).

Formas de disciplina

Avisos

Ajudam a criança a estabelecer limites em relação a atividades que não quer prescindir. Quando a avisamos a criança do que vai acontecer, estamos a ajudá-la a preparar-se para a frustração que pode seguir ao interromper uma atividade. Por exemplo: “daqui a 15 minutos vais arrumar os brinquedos para ir dormir, tem que ser já é de noite”. Passados 5 minutos surge um novo aviso e no final um aviso mais firme “chegou a hora, tens de ir dormir, eu ajudo-te a arrumar”. Os avisos dão consistência à decisão dos pais e preparam a criança (Brazelton & Sparrow, 2003).

Silêncio

As crianças estão sempre a ser advertidas do que podem ou não podem fazer. Quando esta regra é quebrada pelo silêncio a criança apercebe-se que a situação é séria e vai tentar estabelecer de novo a comunicação. Após o silêncio pode ser necessário uma explicação do género “sabes que eu posso tolerar isso, não sabes?” (Brazelton & Sparrow, 2003).

Fazer uma pausa (mandar a criança para o quarto ou um canto da sala)

Nesta situação o objetivo é interromper o comportamento quando ele está descontrolado. Quer no quarto, ou noutro local qualquer, a pausa tem a função de fazer acalmar a criança sendo importante não continuar a interagir com ela. Qualquer contato pode agravar a situação e as negociações posteriores podem fracassar. A criança tem de saber que os pais estão por perto e prontos a conversar quando ela se acalmar, não a estão a abandonar. Quando ela se acalmar é importante ir ter com ela e dizer-lhe que gosta dela mas que não gosta daquele tipo de comportamento (Brazelton & Sparrow, 2003).

Repetir as coisas da forma correta

Esta é uma forma da criança adquirir autocontrolo e sentir-se recompensada. Os pais podem oferecer ajuda mas sem forçar. Desta forma ela sente que tem a oportunidade de ser bem-sucedida e que os pais a apoiam (Brazelton & Sparrow, 2003).

Reparar

Os pedidos de desculpa, o repetir uma tarefa de forma correta são formas que permitem à criança reparar o mal que fizeram. Quando é possível reparar esse mal, deve ser dada à criança a oportunidade de o fazer, de modo a fazê-la perceber

a extensão do mal causado e o esforço necessário para o reparar (Brazelton & Sparrow, 2003) .

Perdão

O objetivo do pedido de desculpas e da reparação é obter o perdão. É importante que a criança sinta que pode ser perdoada de modo a ter motivação para retificar o seu mau comportamento (Brazelton & Sparrow, 2003)

Planeamento

Grande parte dos comportamentos inadequados é previsível, pois à partida sabe-se que certas situações vão desencadear problemas. Para isso pode-se falar sobre a situação e planear alternativas. Por exemplo, “Vamos à loja de brinquedos comprar a prenda do teu amigo, mas não vou comprar nada para ti, tu ajudas a escolher o brinquedo e depois vais poder brincar com ele junto com o teu amigo”.

Humor

A utilização do humor pode ajudar a criança a assumir o controlo dos seus sentimentos e a modifica-los, pois ao dizer uma coisa engraçada durante uma situação, faz com que a criança veja as coisas sob outra perspetiva e a ajude a encontrar uma solução. No entanto é importante ter cuidados da forma como se faz para a criança não pensar que se está a gozar com ela (Brazelton & Sparrow, 2003).

Problemas comuns de disciplina

- Estar sempre à procura de atenção
- Choraminger ou pedinchar
- Morder (dar pontapés, bater ou arranhar)

- Maltratar os outros
- Fazer batota
- Rebeldia
- Desobediência
- Mentir
- Lutas pelo poder
- Fugir
- Problemas relacionados com separações

Sintomas de que os pais estão a ser demasiado rígidos

Os pais questionam-se muitas vezes se estão a ser demasiado rígidos. Nesse caso devem ser aconselhados a ter em atenção as seguintes situações (Brazelton, 1993):

- Criança demasiado dócil ou sossegada, ou que não ousa exprimir sentimentos negativos;
- Criança que não põe os pais à prova, qual isso é habitual na sua faixa etária;
- Criança sem sentido de humor e sem alegria de viver;
- Criança que é irritável ou ansiosa quase permanentemente;
- Criança com sintomas de tensão noutras áreas – alimentação, o sono, o controlo das necessidades – e que regride a um tipo de comportamento anterior, agindo como um bebé ou uma criança mais pequena

Numa destas situações os pais devem aliviar as regras disciplinares, confinando-as para questões realmente importantes

Condutas positivas específicas

Quando os pais nos confrontam com a dúvida de como disciplinar o seu filho podemos orientá-los de acordo com as seguintes linhas de conduta (Brazelton, 1993):

- Respeitar a fase de desenvolvimento da criança;
- Adequar a disciplina ao estado de desenvolvimento;
- A disciplina deve ser moldada à criança;
- Quando a criança estiver com outras crianças, os pais não devem interferir;
- Dar à criança exemplos de comportamento;
- Depois de a disciplinar deve-se ajudá-la a explicar o que aconteceu;
- Os pais devem afastar-se por um breve momento;
- Pedir a opinião da criança sobre o que podem fazer para ajudá-la da próxima vez;
- O castigo físico tem muitas desvantagens;
- Deve-se evitar mensagens pouco explícitas;
- Os pais devem parar e fazer uma reavaliação sempre que a disciplina não resultar;
- Devem pegar na criança e acarinhá-la depois de uma birra;

É fundamental que durante o processo de disciplina de uma criança os pais se lembrem sempre de elogiar a criança sempre que ela não estiver a proceder mal: “Olha para ti, estás a conseguir controlar-te, estou muito orgulhoso de ti”.

3. Bibliografia

Brazelton, T. B. (1993). *O Grande Livro da Criança*. (E. Presença, Ed.) (13ª edição).

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003). *A criança e a disciplina. O método Brazelton*. (E. Presença, Ed.) (13ª edição).

Cordeiro, M. (2014). *Educar com Amor*. (A Esfera dos Livros, Ed.). Lisboa.

Sá, E. (2013). *Queremos Melhores Pais!* (Lua de Papel, Ed.). Lisboa.



A disciplina na primeira infância

Janeiro 2016



Elaborado por: Ana Luísa Mesquita – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OBJETIVOS:

Gerais:

- Adquirir conhecimentos sobre disciplina na primeira infância.
- Promover a reflexão sobre a atuação face às dúvidas apresentadas pelos pais sobre a disciplina;

Específicos:

- Definir o conceito de disciplina;
- Apresentar os diferentes pontos de referência da disciplina de acordo com a faixa etária;
- Identificar as diferentes abordagens da disciplina;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro no apoio ao papel parental.

SUMÁRIO

- Conceito de disciplina
- A disciplina e as fases de desenvolvimento:
 - primeiros 6 meses
 - dos 7 aos 8 meses
 - dos 9 aos 12 meses
 - dos 12 aos 14 meses
 - o segundo ano de vida
- Formas de disciplina
- Problemas de disciplina mais comuns



Será este o
desejo dos pais?

O QUE É A DISCIPLINA?

A seguir ao amor a disciplina é o maior bem que os pais devem dar aos seus filhos.

Disciplina é sinónimo de aprendizagem, existindo ao longo de todo o desenvolvimento diversas oportunidades para essa aprendizagem.

A disciplina tem um papel fundamental nas conquistas das crianças, tais como:

- O autocontrolo;
- O reconhecimento dos seus sentimentos;
- A perceção dos sentimentos dos outros;
- O desenvolvimento de um sentido de justiça e a motivação para se comportar de forma justa;
- O altruísmo.

OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Primeiros 6 meses

Aprender a organizar-se

- Aprendem a usar os estados de sono, alerta, birras e choro de acordo com as suas necessidades.

Acalmar o Bebê

A criança aprende a acalmar-se.

Estabelecer um padrão

- Aos 3 a 4 meses o bebé é capaz de se entreter sozinho;
- Não o estão a abandonar, mas sim a ensiná-lo a utilizar os seus próprios recursos.



OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 7 aos 8 meses

- A necessidade de limites começa a sentir-se;
- Aprende quais os limites desafiando-os.

Apontar

- Acabam os dias de fuga fácil à frustração;
- O bebé já sabe dizer o que quer e por vezes teremos de dizer não.

Ensinar a segurança

- A segurança é uma das primeiras lições.

OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Pode-se estragar um bebé com mimo?

- Não se pode pensar em proteger as crianças de todas as frustrações pois isso impede-as de aprender.
- Se não se permitir que se acalmem sozinhas ou fiquem por uns momentos sozinhas podemos tornar a criança dependente dos outros.

Nunca o mimo estraga uma criança – o que estraga é o desamor, o desamparo, a negligência, o desprezo, o não provimento das necessidades básicas e irreduzíveis da criança.

OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 9 aos 12 meses

Ler o rosto dos pais – A Referenciação Social

- Os pais devem revelar significados através de mensagens claras e consistentes.

Testar os pais e a importância da repetição

- Os pais precisam de dizer “não” até que a lição tenha sido aprendida e não precise mais de ser testada;
- O “não” pode ser confuso para a criança porque pode ter vários contextos.

OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 12 aos 14 meses

Birras

- Tem de aprender a controlar-se sozinha
- A presença dos pais pode intensificar uma birra
- O papel destes é apenas tentar ajudar a criança a acalmar-se
- O ideal é algo que permita que a criança se acalme sozinha



OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 12 aos 14 meses

Onde falham os pais diante duma birra?

- Quando não definem regras claras para as crianças se orientarem.
- Quanto menos as regras são coerentes e constantes mais as crianças se tornam teimosas; e quanto mais teimosas mais birrentas.



OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 12 aos 14 meses

Acalmar a criança:

- Pegar ao colo
- Falar em tom suave;
- Embalá-la se necessário de modo a ela aprender a acalmar-se



Distrair a criança:

Redirecionar a sua atenção quando estiver a despertar a birra



Sentido de Oportunidade

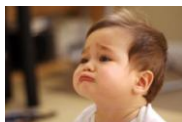
A fome, o sono e o cansaço propiciam o desencadear da birra

OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 12 aos 14 meses

Como Lidar com as birras:

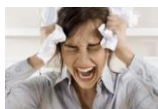
- Não ceder, manter-se firme
- Afastar-se
- Não utilizar força física
- Manter a calma e transmitir confiança
- Se estabelecer consequências devem ser cumpridas



OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

Dos 12 aos 14 meses

As birras são sinónimo de paixão. Nunca devemos esquecer que “não há crianças nervosas; há é, antes, pais com os nervos em franja. Ou, se preferir, nunca é tarde para reconhecer que por trás duma criança difícil há sempre um adulto em dificuldades!” (Sá, 2013).



OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

O segundo ano de vida

Descoberta da causa-efeito

Uma coisa causa a outra

- Deixo cair um objeto - ele parte-se;
- Subo para cima da mesa - caio e aleijo-me.



OS FUNDAMENTOS DA DISCIPLINA:

O segundo ano de vida

Controlo dos impulsos

- A exploração permite que aprendam;
- Os pais têm de estar sempre presentes, devido à vontade de exploração das crianças;
- Explicar as coisas com palavras, olhos nos olhos, mão na mão, ombro no ombro para que ao longo do tempo o significado seja aprendido;
- É preciso que os pais entrem em ação porque apenas a palavra não chega;
- Ao longo do tempo aprende a controlar os impulsos.

A ABORDAGEM DA DISCIPLINA

Adaptar a disciplina às diferenças de personalidade.

Existem três grupos de características que variam de criança para criança e afetam a maneira como cada uma lida com o mundo:

- A forma como a criança encara as tarefas
- Flexibilidade com que encara as pessoas
- A forma como reage às imagens, sons, acontecimentos, etc.



FORMAS DE DISCIPLINA

Objetivo - produzir resultados:

- O comportamento da criança cessar
- Recuperar o controlo das suas emoções
- Acabar-se e refletir na ação
- Compreender o efeito que teve nos outros
- Aceitar as consequências e reparar o mal
- Deve ser feito com a ajuda dos pais



FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Avisos

- Ajuda a criança a estabelecer limites;
- Ajuda a criança a preparar-se para a frustração

Vantagens/ Desvantagens

- Aprende a preparar-se para a mudança;
- Ensina-a a reconhecer os seus estados de espírito e a controlá-los à medida que se prepara para a mudança;
- Não funciona se os avisos se prolongarem ou não tiverem o resultado esperado;
- Pode não resultar se a criança estiver profundamente envolvida numa ação.

FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Silêncio

- A criança percebe que a situação é séria;
- Vai desejar estabelecer de novo a comunicação.
- Após o silêncio deve ser dada uma breve explicação.

Vantagens/ Desvantagens

- Capta a atenção da criança que interrompe a ação sem esforço
- A criança pode sentir que está a ser privada emocionalmente

FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Fazer uma Pausa

- Interrompe o comportamento descontrolado, acalmando-a
- Devemos dirigir-nos a ela e dizer-lhe o quanto gostamos dela, mas não daquela atitude;
- É necessária firmeza e decisão.

Vantagens/ Desvantagens

- Cessa o mau comportamento;
- Permite os pais acalmarem-se;
- Dá à criança a possibilidade de repensar o que fez e planejar comportar-se de forma diferente;
- A criança pode recusar afastar-se ou ficar onde lhe mandam;

FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Repetir as Coisas da forma certa

- Permite a criança readquirir o autocontrolo e sentir-se recompensada;

Vantagens/ Desvantagens

- Centra-se no sucesso e não no falhanço;
- Dá esperança à criança, encoraja-a a reparar o mal e a pedir perdão;
- Insistir demasiado numa segunda tentativa pode fazê-la sentir-se pior. Nesse caso deve-se procurar decompor a tarefa

FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Reparar

- Pedidos de desculpa;
- Pagamento;
- Repetir ação de forma correta;
- Ajudar a criança a entender o significado que o seu ato teve nos outros;

Vantagens/ Desvantagens

- Ajuda a criança a reconhecer as consequências dos seus atos;
- Ajuda-a a entender que «o crime não compensa»;
- Pode desenvolver a capacidade de resolver problemas;
- A criança pode sentir-se demasiado culpada se os danos forem exagerados ou a reparação impossível de fazer;

FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Perdão

- É o objetivo do pedido de desculpas e reparação;
- É necessário que a criança entenda o significado do perdão;
- É preciso relembrar as crianças que podem ser perdoadas.

Vantagens/ Desvantagens

- Dá a criança esperança e o maior dos incentivos para melhorar o seu comportamento.
- A capacidade de perdoar não deve ser utilizada como uma arma.



FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Planeamento

- Discutir antecipadamente alternativas a problemas previsíveis;
- Ajudar a criança a aprender a prestar atenção aos seus sentimentos.

Vantagens/ Desvantagens

- Ensina a criança a planear e a resolver problemas;
- Os pais e a criança agem como uma equipa, tentando enfrentar juntos uma situação problemática previsível;
- A criança pode sentir que se espera que ela se comporte mal.

FORMAS DE DISCIPLINA – QUE VALE A PENA EXPERIMENTAR

Humor

- É uma maneira agradável de pôr fim aos atos;
- Ajuda a criança a controlar os seus sentimentos;
- Não usar sarcasmo, pois a criança pode pensar que está a gozar com ela.

Vantagens/ Desvantagens

- Desenvolve na criança uma capacidade de que ela vai precisar ao longo de toda a vida;
- Impede os problemas de assumirem grandes proporções. Nem sempre resulta;
- Pode ter o efeito contrário se a criança mal comportada sentir que é ela o alvo da piada.

FORMAS DE DISCIPLINA – ALGUMAS VEZES ÚTEIS (DEPENDENDO DA CRIANÇA E DA SITUAÇÃO)

- Retirar Brinquedos
- Cancelar convites para brincar ou adiar atividades agradáveis
- Proibir a Televisão e jogos de vídeo
- Ignorar o Mau Comportamento
- Sair de Cena
- Tarefas Adicionais

FORMAS DE DISCIPLINA – INÚTEIS

- Castigos corporais
- Vergonha e humilhação
- Comparação com outras crianças
- Suprimir comida ou usá-la como recompensa
- Deitar mais cedo
- Retirar afeto ou ameaçar com abandono

PROBLEMAS DE DISCIPLINA MAIS COMUNS

- | | |
|--|---|
| • Procura constante de atenção | • Problemas relacionados com separações |
| • Choramingar e pedinchar | • Rivalidade entre irmãos |
| • Morder, bater, dar pontapés e arranhar | • A criança mimada |
| • Maltratar os outros | • Roubar |
| • Fazer batota | • Linguagem imprópria |
| • Rebeldia | • Retrucar |
| • Desobediência | • Birras |
| • Mentir | • Fazer queixas |
| • Lutar pelo poder | • Provocar outras crianças |
| • Fugir | |

SINTOMAS DE QUE OS PAIS ESTÃO A SER DEMASIADO RÍGIDOS:

- Criança demasiado dócil ou sossegada, ou que não exprime sentimentos negativos;
- Criança que não põe os pais à prova, quando isso é habitual na sua faixa etária;
- Criança que é irritável ou ansiosa quase permanentemente;
- Criança com sintomas de tensão noutras áreas.

Os pais devem aliviar as regras disciplinares, confinando-as para questões realmente importantes

CONDUTAS POSITIVAS ESPECÍFICAS:

- Adequar a disciplina ao estado de desenvolvimento;
- A disciplina deve ser moldada à criança;
- Dar à criança exemplos de comportamento;
- Depois de a disciplinar deve-se ajudá-la a explicar o que aconteceu.



CONDUTAS POSITIVAS ESPECÍFICAS:

- Os pais devem afastar-se por um breve momento;
- Evitar utilizar castigos físicos;
- Deve-se evitar mensagens pouco explícitas;
- Devem pegar na criança e acarinhá-la depois de uma birra.

Importante: Elogiar a criança sempre que ela não estiver a proceder mal:

“Olha para ti, estás a conseguir controlar-te, estou muito orgulhoso de ti”



CONCLUSÃO



- A disciplina é algo que se aprende e ensina desde os primeiros anos de vida;
- É fundamental para que a criança aprenda comportar-se, a respeitar os outros e a perceber o mundo que a rodeia;
- É preciso firmeza, bom senso, paciência e capacidade de adaptação por parte dos pais.



CONCLUSÃO

E o que é que faz as crianças felizes?

Serem amadas. Sentirem-se amadas, acompanhadas, orientadas.

Sentirem limites.

Saberem que alguém se preocupa em ensiná-las e terem gosto em aprenderem, em aperfeiçoarem-se, em serem melhores.



CONCLUSÃO

Grande parte dos pais acha erradamente que não estão a amar um filho ao castigá-lo, mas a verdade é que *“quando se castiga de uma forma justa e equilibrada estamos perante um ato de amor. E atenção: se não fizermos nada, estamos a construir pessoas perigosas para os outros e para si próprias”* (Cordeiro, 2014).



OBRIGADA





BIBLIOGRAFIA

Brazelton, T. B. (1993). *O Grande Livro da Criança*. (E. Presença, Ed.) (13ª edição).

Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2003). *A criança e a disciplina. O método Brazelton*. (E. Presença, Ed.) (13ª edição).

Cordeiro, M. (2014). *Educar com Amor*. (A Esfera dos Livros, Ed.). Lisboa

Sá, E. (2013). *Queremos Melhores Pais!* (Lua de Papel, Ed.). Lisboa.

